

Uusi

TERVEYDENHUOLTOLAKI

Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio

		KUVAILULEHTI	
Julkaisija: Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä: 16.6.2008	
Tekijät: Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistämistä valmisteleva työryhmä. Puheenjohtaja: Marja-Liisa Partanen, apulaisosastopäällikkö, STM, varapuheenjohtaja: Pertti Palomäki, kuntayhtymän johtaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Sihteerit: Anne Koskela, hallitussihteeri, Päivi Salo, hallitusneuvos, Veli Laine, erikoistutkija, STM		Julkaisun laji: Loppuraportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä STM051:00/2007	
Julkaisun nimi: Uusi terveydenhuoltolaki. Terveysdenhuoltolakityöryhmän muistio			
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän toimikaudeksi 15.6.2007 – 31.5.2008 valmistelevaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistämistä laiksi terveydenhuollosta. Työryhmä ehdottaa, että terveyspalvelut järjestettäisiin kahden rinnakkain maan eri osissa sovellettavan mallin mukaisesti. Kuntiin, yhteistoiminta-alueeseen ja sairaanhoitopiiriin (laajan väestöpohjan kuntayhtymä) perustuvassa mallissa kunta voisi järjestää kansanterveystyön itse tai muodostamalla yhteistoiminta-alueen, joka vastaisi kansanterveystyöstä. Sairaanhoitopiiri vastaisi erikoissairaanhoidosta. Työryhmän ehdotuksen mukaan sairaanhoitopiirissä tulisi olla vähintään noin 150 000 asukasta ja saman yhteistoiminta-alueen kuntien tulisi kuulua samaan sairaanhoitopiiriin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio toteutuisi tuomalla erikoissairaanhoidon konsultaatiota kuntaan tai yhteistoiminta-alueelle sekä perustamalla sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikkö. Sairaanhoitopiiri ja kansanterveystyöstä vastaava kunta tai yhteistoiminta-alueen kunnat voisivat sopia, että kunta tai yhteistoiminta-alue vastaa sopimuksen mukaisesta perustason erikoissairaanhoidosta. Terveyspiiriin perustuvassa mallissa kunnat muodostaisivat terveyspiirin, joka vastaisi kansanterveystyöstä ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitusta osasta erikoissairaanhoitoa. Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirien ja terveyspiirien yhteinen lukumäärä olisi enintään 20. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovittaisiin erityisvastuualueen sisäisestä työnjaosta. Terveysdenhuollon neuvottelukunta tekisi ehdotuksen erityistason sairaanhoidon valtakunnallisesta keskittämisestä, minkä pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö tekisi päätöksen keskittämisestä. Ehdotus sisältää pykälän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, joka velvoittaa kunnat laatimaan poikkihallinnollisen suunnitelman terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja niiden toteutumisen seurannasta. Asiakaslähtöisyyttä lisättäisiin antamalla potilaalle mahdollisuus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Sairaanhoitopiirin tai terveyspiirin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostaisivat terveydenhuollon potilastietorekisterin. Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu ehdotetaan siirrettäväksi terveyspiiriin tai sairaanhoitopiiriin tehtäväksi. Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimukseen myönnettävän valtion rahoitusjärjestelmän jakoperusteita ehdotetaan muutettavaksi.			
Asiasanat: kansanterveystyö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito			
Muut tiedot: www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2628-8 (nid.) 978-952-00-2629-5 (PDF)
Kokonaissivumäärä 172	Kieli Suomi	Hinta: 17,28 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus, books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

		PRESENTATIONSBLAD	
Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 16.6.2008	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation: Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
Publikationens titel: Den nya hälso- och sjukvårdslagen. Promemoria av arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdslagen			
Referat			
<p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte arbetsgruppen för perioden 15.6.2007–31.5.2008 för att förbereda en sammanslagning av folkhälsolagen och lagen om den specialiserade sjukvården till hälso- och sjukvårdslagen. Arbetsgruppen föreslås att hälsotjänsterna organiseras på basis av två modeller som sida vid sida tillämpas i landets olika delar.</p> <p>Enligt modellen som baseras på samarbetsområde och sjukvårdsdistrikt kan kommunen organisera folkhälsoarbete själv eller genom att bilda ett samarbetsområde som sedan skulle svara för folkhälsoarbetet. Sjukvårdsdistriktet skulle svara för den specialiserade sjukvården. Enligt arbetsgruppens förslag skulle ett sjukvårdsdistrikt ha minst cirka 150 000 invånare och kommunerna i ett och samma samarbetsområde skulle höra till det samma sjukvårdsdistriktet. Integrationen av primärhälsovården och den specialiserade sjukvården skulle genomföras genom att införa konsultationer av den specialiserade sjukvården i kommunen eller på samarbetsområdet och genom att grunda en enhet för primärhälsovården inom sjukvårdsdistriktet. Sjukvårdsdistriktet och den kommun eller de samarbetsområdets kommuner som svarar för folkhälsoarbete kunde komma överens om att kommunen eller samarbetsområdet svarar för grundläggande specialiserad sjukvård enligt avtal.</p> <p>Enligt modellen som baseras på hälsodistrikt skulle ett antal kommuner bilda ett hälsodistrikt som sedan skulle svara för folkhälsoarbete och för en del specialiserad sjukvård i enlighet med avtal om organisering av specialiserad sjukvård.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att det sammanlagda antalet sjukvårdsdistrikt och hälsodistrikt skulle vara högst 20. I överenskommelsen om organisering av specialiserad sjukvård skulle avtalas om den interna arbetsfördelningen inom upptagningsområdet för högspecialiserad vård. Delegationen för hälso- och sjukvård skulle bereda förslag om riksomfattande centralisering av högspecialiserad sjukvård.</p> <p>Förslaget innehåller en paragraf om främjande av hälsa och välbefinnande som ålägger kommunerna att utarbeta en tväradministrativ plan om åtgärder som främjar hälsa och förebygger hälsoproblem samt om uppföljning av dessa genomförs. Tjänsterna skulle göras mer klientorienterade genom att ge patienten möjlighet att välja den hälso- och sjukvårdens verksamhetsenhet inom upptagningsområdet för högspecialiserad vård där han eller hon vårdas. Journalhandlingar som avser primärhälsovård och specialiserad sjukvård av invånare inom området för sjukvårdsdistriktet eller hälsodistriktet skulle bilda ett patientuppgiftsregister för hälso- och sjukvården. Det föreslås att ansvaret att ordna akutvård överförs till hälsodistriktet eller sjukvårdsdistriktet. Det föreslås att fördelningsgrunderna av statens finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå revideras.</p>			
Nyckelord: folkhälsoarbete, primärhälsovård, specialiserad sjukvård			
Övriga uppgifter: www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2008:28		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2628-8 (inh.) 978-952-00-2629-5 (PDF)
Sidoantal 172	Språk Finska	Pris 17,28 €	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

		DOCUMENTATION PAGE	
Publisher: Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Type of publication: Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
Title of publication: The New Health Care Act. Memorandum of the Working Group Preparing the Health Care Act			
Summary			
<p>In 2007 the Ministry of Social Affairs and Health set up a working group for the term from 15 June 2007 to 31 May 2008 to prepare the merging of the Primary Health Care Act and the Specialised Medical Care Act into a Health Care Act.</p> <p>The Working Group proposes organising health care services on the basis of two models applied in parallel in different parts of the country.</p> <p>In the model based on a cooperation area and hospital district a municipality can organise primary health care either itself or by forming a cooperation area responsible for primary health care. According to the Working Group's proposal, the hospital districts should be responsible for the provision of specialised medical care. A hospital district should have a population base of at least 150,000 inhabitants, and the municipalities in the same cooperation area should be members of the same hospital district. The integration of primary health care and specialised medical care should be realised by bringing specialised medical consultation to municipal health care or the cooperation area and by establishing a primary health care unit in the hospital district. The hospital district and the municipality responsible for primary health care or the municipalities in the cooperation area could agree between themselves that the municipality or the cooperation area is in charge of the provision of specialised medical care at the basic level according to the agreement.</p> <p>In the model based on a health care district the municipalities form a health care district responsible for primary health care and a part of specialised medical care as agreed on in the agreement on provision of specialised medical care.</p> <p>The Working Group proposes that the total number of the hospital districts and health care districts should be not more than 20.</p> <p>According to the proposal the internal division of duties within the special responsibility area should be agreed on in the agreement on provision of specialised medical care. The Advisory Board for Health Care should draw up a proposal for centralisation of highly specialised medical care at the national level, on the basis of which the Ministry of Social Affairs and Health is to make its decision on centralisation.</p> <p>The law proposal contains a section on promotion of health and wellbeing, which obliges the municipal authorities to prepare a cross-sectoral plan on measures to promote health and to prevent health problems, and to monitor their implementation. Client-orientation should be increased by providing the patient an opportunity to choose within the specific responsibility area the health care unit in which he or she will get treatment. The patient records of primary health care and specialised medical care for the residents living in the area of the hospital district or health care district will constitute the health care patient information register. The responsibility for provision of emergency care is proposed to be transferred to the relevant health care district or hospital district. The criteria for how the state financing allocated for scientific research on health at university level is to be distributed are proposed to be revised.</p>			
Key words: primary health care, public health work, specialised medical care			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:28		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2628-8 (pb) 978-952-00-2629-5 PDF)
Number of pages 172	Language Finnish	Price 17,28 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press books@yliopistopaino.fi , www.yliopistopaino.fi/bookstore		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällysluettelo

Kuvailulehti.....	3
Presentationsblad	5
Documentation page	7
Sosiaali- ja terveysministeriölle.....	11
Terveydenhuoltolakityöryhmän kehittämis ehdotukset:	13
1 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö.....	13
2 Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja sen edellytykset.....	13
3 Mielenterveystyön järjestäminen – malli organisaation eri tasojen toiminnasta psykiatriassa..	14
4 EVO –rahoituksen taso	15
5 Uusien menetelmien käyttöönotto, innovaatiot.....	16
6 Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan seurantatiedon käyttäminen terveydenhuollon kehittämisessä.....	16
Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi	19

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 28.6.2007 työryhmän valmistelemaan kansanterveystlain ja erikoissairaanhoitolain yhdistämistä laiksi terveydenhuollosta (Terveyspalvelulaki). Työryhmän tavoitteena oli selvittää malli, miten kansanterveystlaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään uudeksi laiksi terveydenhuollosta niin, että se tukee ja vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä. Lainsäädännön tulee myös vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä sekä kaventaa väestöryhmien välisiä ja alueellisia terveyseroja.

Työryhmän puheenjohtajana toimi apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän varapuheenjohtajaksi nimettiin kuntayhtymän johtaja Pertti Palomäki Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymästä ja muiksi jäseniksi hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, johtaja Eija Koivuranta, hallitusneuvos Maini Kosonen, lääkintöneuvos Jouko Isolaure ja lääkintöneuvos Kati Myllymäki sosiaali- ja terveysministeriöstä, lainsäädäntöneuvos Auli Valli-Lintu valtiovarainministeriöstä, hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Suomen Kuntaliitosta, toimitusjohtaja Kari Nenonen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, yhtymäjohtaja Markku Puro Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä, perusturvajohtaja Juha Metso Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta, lääketieteen lisensiaatti Pehr Löf Pietarsaarensuudun yhteistoiminta-alueelta sekä henkilöstö- ja laatujohtaja Sinikka Soukka Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta.

Pysyviksi asiantuntijoiksi nimettiin ohjelmajohtaja Maija Perho, ohjelmapäällikkö Juha Teperi ja kehittämisspäälikkö Pentti Ikonen sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä maakuntajohtaja Hannu Leskinen Kainuun maakunnasta. Työryhmän sihteerinä toimivat hallitusneuvos Päivi Salo ja hallitussihteerit Anne Koskela sekä erikoistutkija Veli Laine ajalla 28.6.2007 – 29.2.2008 sosiaali- ja terveysministeriöstä. Veli Laineen tilalle nimettiin 5.5.2008 lukien asiantuntijaksi apulaisosastopäällikkö Rolf Myhrman sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä kuuli asiantuntijoina toiminnanjohtaja Mika Pyykköä Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, tutkimusprofessori Markku Pekurista Stakesista, apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkosta Helsingin kaupungilta, hallintoylilääkäri Jaakko Herralaa, Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, professori Mats Brommelsia, Helsingin yliopistosta sekä apulaisosastopäällikkö Olli Kerolaa, lääkintöneuvos Anne Nordbladia, neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäkeä, lääkintöneuvos Erna Snellmania, ylilääkäri Tom Silfvastia, ylitarkastaja Jari Keinästä, lääkintöneuvos Matti Lambergia, hallitusneuvos Pekka Järvisä, neuvotteleva virkamies Taru Koivistoa, hallitussihteerit Pirjo Kainulaista, erikoistutkija Eero Siljanderiä, ylilääkäri Eila Laukkasta, finanssineuvos Raimo Jämseniä, kehittämisspäälikkö Päivi Voutilais-ta, ylitarkastaja Maire Kolimaata, sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä järjesti eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan kanssa yhteisen työseminaarin 8.5.2008. Työryhmän puheenjohtaja esitteli terveydenhuoltolain valmistelua ja työryhmän alustavia linjauksia. Professori Jussi Huttunen, johtaja Jussi Merikallio Suomen Kuntaliitosta, kaupunginjohtaja

Seppo Miettinen Lappeenrannan kaupungista, kunnanjohtaja Heikki Laukkanen Juvan kunnasta, apulaiskaupunginjohtaja Päivi Laajala Oulun kaupungista, johtajaylilääkäri Eeva Salomaa Lapin sairaanhoitopiiristä sekä sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä pitivät kommenttipuheenvuorot. Seminaariin kutsuttiin edustajia Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta, Kansanterveyslaitoksesta, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, Tietosuojavaltuutetun toimistosta, Kansaneläkelaitoksesta, sairaanhoitopiireistä, kunnista ja kuntayhtymistä, Suomen Kuntaliitosta, Elinkeinoelämän keskusliitosta, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöstä sekä useista alan järjestöistä. Työryhmän alustavat linjaukset saivat seminaarissa pääsääntöisesti myönteisen vastaanoton.

Työryhmän toimikausi oli 28.6.2007 – 29.2.2008. Toimikautta jatkettiin 31.5.2008 asti. Työryhmä kokoontui 16 kertaa.

Työryhmä oli esityksissään yksimielinen.

Työryhmämuistio sisältää terveydenhuoltolakia koskevan ehdotuksen hallituksen esitykseksi ja muut kehittämis ehdotukset.

Saatuaan työnsä valmiiksi, työryhmä jättää muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 16 päivänä kesäkuuta 2008

Marja-Liisa Partanen

Pertti Palomäki

Jouko Isola

Riitta-Maija Jouttimäki

Maini Kosonen

Pehr Löf

Rolf Myhrman

Kari Nenonen

Markku Puro

Juha Metso

Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Auli Valli-Lintu

Kati Myllymäki

Eija Koivuranta

Sinikka Soukka

Hannu Leskinen

Pentti Itkonen

Maija Perho

Juha Teperi

Anne Koskela

Päivi Salo

Terveydenhuoltolakityöryhmän kehittämisehdotukset:

I Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö

Terveydenhuoltolakityöryhmän tehtävänä on ollut valmistella ehdotus hallituksen esitykseksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä laiksi terveydenhuollosta. Tehtävää suorittaessaan työryhmän on tullut kiinnittää huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökysymyksiin. Toimeksiantonsa mukaisesti työryhmä on pääsääntöisesti keskittynyt uutta terveydenhuoltolakia koskevan hallituksen esityksen valmisteluun. Suhteessa sosiaalihuoltoon työryhmän laatiman ehdotuksen tavoitteena on hallitusohjelman mukaisesti muun muassa varmistaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteutuminen eli varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava, eheä ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö.

Työryhmä on terveydenhuollon palvelujen järjestämiskokonaisuutta koskevaa tarkastelua tehdessään valinnut terveydenhuollon palvelujen järjestämispohjan siitä näkökulmasta, että myös sosiaalihuolto voidaan järjestää tällä yhteisellä pohjalla. Valmistellun lakiehdotuksen 2 luvun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä koskevat säännökset ovat joiltakin osin sellaisia, niitä voidaan tarvittaessa soveltaa myös sosiaalihuollon palvelujen järjestämiseen. Työryhmä on käyttänyt ehdotuksessaan käsitteitä terveyspiiri ja sairaanhoitopiiri tarkoittamaan PARAS-puitelain mukaista laajan väestöpohjan kuntayhtymää, koska työryhmän ehdotus toimeksiantonsa mukaisesti koskee vain terveydenhuollon järjestelmää. Lakiehdotukseen sisältyy yleinen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön velvoittava säännös. Lisäksi ehdotukseen sisältyy joitakin yksittäisiä, tiettyyn säännösehdoitukseen kytkettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyövelvoitteita. Myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskeva säännösehdoitus korostaa poikkihallinnollista yhteistyötä kunnassa kaikkien terveyttä ja hyvinvointia edistävien tahojen kesken. Samoin tasausjärjestelmää koskevat kysymykset nousevat esille myös sosiaalihuollossa. Työryhmä katsoo, että sosiaalihuoltoa koskevaa lainsäädäntöä tulee uudistaa siten, että se osaltaan tukee puitelain mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiskokonaisuutta ja sosiaali- ja terveydenhuollon saumatonta alueellista yhteistyötä. Kummallakin sektorilla on otettava huomioon se, että puitelaki edellyttää tietyiltä osin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisvastuun antamista näiden kahden tehtäväalueen yhteisille organisaatioille sekä yhteistoiminta-alueiden että laajan väestöpohjan kuntayhtymän tasolla.

2 Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja sen edellytykset

1990-luvun alkupuolelle ajoittuneet valtionosuuslainsäädännön muutokset ja syvä taloudellinen lama vaikuttivat koko terveydenhuollon ohjaukseen, kustannuksiin ja rahoitukseen. Vaikka lamavuosina vähentyneet terveydenhuollon voimavarat ovat kasvaneet vuodesta 1995 lähtien, Suomen terveydenhuoltomenot ovat pysyneet kansainvälisessä vertailussa jonkin verran EU- ja OECD -maiden keskitason alapuolella. Sekä kuntien että palvelujen käyttäjien osuus palvelujen rahoituksessa kasvoi 1990-luvulla. Suuret rakenteelliset muutokset heijastuivat myös palvelujen tuottamiseen ja käyttöön. Erikoissairaanhoidon selvisi murroksesta keskittymällä ydintehtäviinsä. Ehkäiseviin palveluihin ei kaikilta osin panostettu riittävästi. Esimerkiksi ikääntyneiden hoito ja hoiva, lasten ja nuorten ehkäisevät palvelut sekä mielenterveyspalvelut eivät ole talouden nousukauden aikana kehittyneet suhteessa niiden tarpeeseen.

Valtioneuvoston päätöksellä vuonna 2001 käynnistetyssä ”Kansallisessa terveyshankkeessa” käynnistyi mittava kehittämistyö. Tämän työn merkittävä tulos oli terveydenhuollon palvelujen turvaaminen määräajassa lainsäädännöllä (ns. hoitotakuu).

Toimivan ja taloudellisen terveydenhuollon edellytyksenä on hyvä perusterveydenhuolto. Lainsäädännön keinot perusterveydenhuollon vahvistamisessa ovat varsin rajalliset. Nopeat muutokset, jotka näkyvät toisaalta terveyskeskustöön arvostuksen vähentymisenä mutta toisaalta myös sen arvostuksen lisääntymisenä, edellyttävät laaja-alaisia lainsäädännön mahdollisuuksien ylittäviä toimenpiteitä. Perusterveydenhuollon kehittäminen on nykyisen hallituksen hallitusohjelman yksi keskeinen terveydenhuollon painopistealue.

Työryhmä on halunnut nostaa erityisesti esille perusterveydenhuollon vahvistamisen ja näkee lakiin tekemiensä ehdotusten lisäksi tärkeäksi muun muassa seuraavat perusterveydenhuollon vahvistamisen edellytykset:

1. Perusterveydenhuollon asiantuntijuutta tulee lisätä koordinoitusti valtion keskushallinnossa sekä sosiaali- ja terveysministeriössä että ministeriön alaisissa asiantuntijalaitoksissa
2. Stakesiin, myöhemmin uuteen kehittämis- ja tutkimusyksikköön (Stakes, KTL) tulee perustaa perusterveydenhuollon yksikkö, ja turvata sille riittävät voimavarat (vähintään 10 htv), siten, että yksikkö voi toimia lakiesityksessä mainittujen opetusterveyskeskusten toiminnan koordinoijana ja olla mukana kehittämässä hyviä toimintakäytäntöjä terveyskeskusten käyttöön.
3. Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen tähtäävien koulutusvirkojen lisääminen perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa
4. Perus- ja lisäkoulutuksen uudistaminen sekä yleislääketieteen koulutuksen ja erikoistumiskoulutuksen kehittäminen siten, että se toteutetaan riittävänä sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteistyönä
5. Terveyskeskus toimenpide –ohjelman loppuunsaattaminen
6. Terveystietopohjan tarjoaminen päätöksenteon ja laadunhallinnan tueksi
7. Kunnan järjestämisvastuun puitteissa uusien toimintamallien ennakkoluuloton arviointi ja arvioinnin perusteella käyttöönotto, esimerkiksi listautumismalli/lääkäri-hoitajatyöpari ja palvelujen hankinta yksityissektorilta
8. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyön parantaminen, muun muassa saumattomia palveluja kehittämällä
9. Riittävän henkilöstön turvaaminen muun muassa työoloja ja johtamista kehittämällä

3 Mielenterveyshäiriöiden järjestäminen – malli organisaation eri tasojen toiminnasta psykiatriassa

Mielenterveyspalvelujen tavoitteena on mielenterveydenhäiriöiden ennalta ehkäisy, varhainen tunnistaminen ja asianmukainen, vaikuttavaksi todettu hoito ja kuntoutus. Mielenterveyshäiriöt ovat usein pitkäkestoisia. Varhainen hoito on tehokasta häiriön pitkittymisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyä. Mielenterveyspalveluihin sisältyvät häiriöiden tunnistaminen, yleispsykiatrinen toiminta, erikoistuneet avohoitopalvelu ja psykiatrinen sairaalahoito. Sairaanhoidopiiriin ja terveystieteiden piiriin tehtävä on selvittää yhteistyössä yliopistopsykiatrian kanssa väestön mielenterveyspalvelujen tarve. Yliopistosairaaloiden psykiatrian klinikat vastaavat alan tutkimuksen ja opetuksen toteuttamisesta ja kehittamisestä yhteistyössä alueensa sairaanhoidopiirien ja terveystieteiden piirien kanssa.

Väestön tulee saada mielenterveyspalvelut oikea-aikaisesti. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hoitoketju on saumaton ja että myös tieto aikaisemmin toteutetuista hoidoista liikkuu saumattomasti. Mielenterveyspalvelujen tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jonka rakenne voi vaihdella

riippuen alueesta, mutta jolla on selkeä alueellinen johto. Mielenterveyspalvelujen johtaminen on selkeästi prosessi- ja kokonaisjohtamista. Valtakunnallinen ja alueellinen tutkimustyö palvelee hoitojärjestelmän kehittämistä. Perustason mielenterveystyötä kehitetään koulutuksen, työnohjauksen ja konsultaation tuella.

Sairaanhoitopiiri organisoi yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa terveyskeskuksiin psykiatrian alan perustason palveluja alueellisten tarpeiden mukaan. Olemassa olevat perusterveydenhuollon ja mielenterveystyön avohoidon resurssit huomioidaan tässä kehittämistyössä. Terveyspiiri tarjoaa mielenterveystyön avohoidon palveluja hajautetusti, niin kuin sairaanhoitopiirikin. Mielenterveyspalveluja tarjotaan perusterveydenhuollon yksiköissä, alueellisissa erikoissairaanhoidon yksiköissä, erikoistuneissa psykiatrisissa yksiköissä sekä yliopistollisissa psykiatrisissa yksiköissä.

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on syytä edelleen lisätä painotusta avohoitoon. Kotihoitoa tulee lisätä ja samalla huolehtia siitä, että alan ammattiryhmien välinen työnjako on tarkoituksenmukainen ja henkilöstöresurssit riittävät. Palvelujen järjestäminen nykyistä suurempien väestöpohjien varaan parantaa olemassa olevien resurssien hyödyntämistä ja luo edellytykset toimivien strategioiden luomiseksi. Ongelmien hoitaminen oikea-aikaisesti lievittää kärsimyksiä, eikä siirrä ongelmia seuraavalle sukupolvelle.

4 EVO –rahoituksen taso

Valtio on vuodesta 1957 lähtien tukenut terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoimintaa pääasiassa yliopistollisissa sairaaloissa. Yliopistollisille sairaaloille on lakisääteisesti valtion varoista maksettu joko enemmän valtionosuutta kuin muille keskussairaaloille tai erillistä korvausta opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamiin menoihin. Valtionosuus oli alun pitäen tarkoitettu muita sairaaloita suurempien hoitopäiväkustannusten alentamiseen. Vuosina 1972 – 1990 valtion korvauksen määrä oli 10 prosenttia yliopistosairaaloiden käyttökustannuksista ja vuosina 1991 – 1992 12 prosenttia käyttökustannuksista.

Vuoden 1993 alusta koko sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmää muutettiin ja tässä yhteydessä luovuttiin suorista käyttökustannuksiin perustuvista valtionavuista sairaaloille. Vuoden 1994 alusta valtion korvaus muutettiin laskennalliseksi siten, valtion korvaus yliopistosairaaloille määräytyi yliopistossa suoritettujen tutkintojen ja yliopistosairaaloissa tehtyjen tieteellisten artikkelien ja julkaistujen väitöskirjojen perusteella laskettujen pisteiden mukaisesti. Vuonna 1997 lakiin tehtiin muutos, jonka mukaan korvausta maksetaan myös erityisvastuualueella toimivissa muissa toimintayksiköissä tehtävän yliopistotasaisen tutkimuksen aiheuttamiin kustannuksiin ja vuoden 2000 alusta korvausta saavien toimintayksiköiden joukkoa laajennettiin siten, että korvauksiin oikeutetuksi katsottiin myös yliopistotasoisista tutkimusta tekevä kunta tai kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai asetuksessa säädetty muu kunta tai kuntayhtymä.

Stakes on vuosina 1998, 2004 ja 2008 selvittänyt samaa menetelmää käyttäen EVO –korvausten tasoa suhteessa opetus- ja tutkimustoiminnasta terveydenhuollon yksiköille aiheutuneisiin kustannuksiin. Hoitosuoritteeseen tiedot potilasryhmittelyineen on saatu Stakesin ja sairaanhoitopiirin yhteisen ”Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus” (niin kutsutun Benchmarking) hankkeen tietokannasta. Kustannustietoina on käytetty sairaaloiden ilmoittamia tulosityksikkö- tai erikoissalatason toimintakustannuksia. Koulutusta kuvaavat suoritteet on kerätty erillisin lomakkein. Näistä selviävät muun muassa erikoistumassa olevien lääkärin ja hammaslääkärin työpanokset sekä lääketieteen lisensiaattikoulutuksen käytännön harjoittelun määrä ja amanuenssien työpanos. Vuonna 2004 julkaistussa EVO- selvityksessä arvioitiin, että opetuksen ja tutkimuksen kustannukset olivat yliopistosairaaloissa vuonna 2002 noin 14 prosenttia yliopistosairaaloiden toimintamenoista. Stakesin viimeinen selvitys päättyi lopputulokseen, että terveydenhuollon yksiköille annetun EVO –korvauksen ja tutkimuksesta sekä opetuksesta aiheutuvien kustannusten välinen ero on hiljalleen kasvanut vuosina 2002 – 2006. Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset olivat vuonna 2002 selvityksen mukaan 85 miljoonaa euroa, vuonna 2004 jo 100 miljoonaa euroa, vuonna 2005 niin ikään 100 miljoonaa euroa ja vuonna 2006 edelleen 115 miljoonaa euroa. Koulutuksesta aiheutuvat kustannukset olivat vastaavasti 95, 110, 121 ja 134 miljoonaa euroa. Tutkimuksen ja opetuksen aiheuttamat kustannukset vuonna 2006 olivat täten yhteensä 249 miljoonaa euroa ja EVO –rahoitus 136 miljoonaa euroa.

Stakesin selvityksessä ei ole huomioitu psykiatriaa. Menetelmään ja käytettävissä aineistoon liittyy epävarmuustekijöitä, jotka voivat vaikuttaa lopputuloksiin. Suurin epävarmuus liittyy tutkimuksen ja koulutuksen väliseen jakosuhteeseen, kun taas EVO:n kokonaiskustannusarvio on tutkijoiden mukaan suhteellisen luotettava. Tehdyt selvitykset osoittavat, että tutkimuksesta ja opetuksesta aiheutuneet kustannukset terveydenhuollon yksiköille ovat viimeisen 10 vuoden aikana kasvaneet nopeammin kuin EVO –korvaukset. Opetukseen tarkoitettu EVO –korvaus on viimeisen kolmen vuoden aikana lisääntynyt 12 miljoonalla eurolla ja tulee vuoteen 2011 mennessä todennäköisesti edelleen lisääntymään. Tutkimuskorvaukset eivät ole lisääntyneet.

Työryhmän käsityksen mukaan opetuksesta aiheutuneet kustannukset tulee korvata terveydenhuollon yksiköille valtion toimesta täysimääräisesti. Tutkimuksesta aiheutuvat välittömät kustannukset tulee korvata valtion toimesta. Tutkimustyön infrastruktuurin ylläpitämisestä ja kehittämisestä aiheutuneista kustannuksista vastaavat tutkimusta teettävät yksiköt.

5 Uusien menetelmien käyttöönotto, innovaatiot

Uusia hoitomenetelmiä ja uusia lääkkeitä kehitetään terveydenhuollon sektorille kiihtyvään tahtiin. Uudet menetelmät edellyttävät usein kallista teknologiaa. Toisaalta ne vähentävät vuodeosastohoidon tarvetta ja nopeuttavat toipumista hoitotoimenpiteestä. Lääkekehittely tuottaa erityisesti syöpätautien alalla lääkkeitä, jotka ovat pääsääntöisesti olemassa olevia lääkkeitä vaikuttavampia, mutta joiden hinnat samalla voivat olla moninkertaiset aikaisemmin käytössä olleisiin lääkkeisiin verrattuna. 1990-luvun alkuvuosista lähtien toiminut FinOhta on systemaattisesti evaluoinut käytössä olevia tai käyttöön tulevia uusia menetelmiä. Yksikön resurssit ovat kuitenkin olleet suhteellisen vähäiset, ne ovat lisääntyneet vasta 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Toisaalta uusien hoitomenetelmien ja lääkkeiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden evaluointia harjoitetaan lähes kaikissa vauraissa maissa. FinOhta on verkostoitunut eurooppalaisten alan tutkimuskeskusten kanssa ja saa nopeasti tietoa näiden evaluointituloksista. Englantilainen NICE on yksi keskeinen FinOhtan yhteistyökumppaneista. Sairaanhoitopiirien aloitteesta on perustettu HALO –hanke, jonka tehtävänä on FinOhtan yhteydessä nopeasti evaluoida uusia hoitomenetelmiä sairaanhoitopiirien tekemien aihe-ehdotusten perusteella. Ensimmäiset tulokset ovat valmistuneet ja toimintamuoto vaikuttaa lupaavalta.

Vähemmälle huomiolle on jäänyt lääkkeiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi. Lääkkeiden hintalautakunta edellyttää päätöksiä tehdessään lääkevalmistajilta selvitystä kustannusvaikuttavuudesta. Tätä menettelyä tarkoituksenmukaisempi menettely olisi se, että vaikuttavuutta arvioidaan riippumattoman, kansallisen tai kansainväliseen yhteistyöhön pyrkivän toimielimen toimesta.

Työryhmä pitää tarkoituksenmukaisimpana ratkaisuna sitä, että kansainvälistä tutkimustietoa hyödynnetään Suomessa mahdollisimman tehokkaasti ja täällä keskitytään arvioimaan sellaisia menetelmiä, jotka ovat suomalaisen terveydenhuollon kannalta erityisen keskeisiä ja joiden vaikuttavuusselvityksiä ei muualta ole saatavana. Peruslähdekohdan tulee olla se, että uutta menetelmää tai lääkettä ei oteta käyttöön missään terveydenhuollon yksikössä ennen kuin sen vaikuttavuudesta on näyttöä ja selvityksiä kustannusvaikuttavuudesta on myös tehty.

6 Väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan seurantatiedon käyttäminen terveydenhuollon kehittämisessä

Terveyspolitiikan tavoitteena on kuolleisuuden vähentäminen, toimintakyvyn ja elämänlaadun lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Näiden tavoitteiden saavuttaminen edellyttää terveydenhuollon rajallisten voimavarojen suuntaamista sinne, missä palvelujen tarve on merkittävin. Toimivan terveydenhuollon välttämätön edellytys on, että se kykenee suunnitelmallisesti kehittämään ja kohdentamaan palveluja niitä käyttävän väestön tarpeiden mukaisesti.

Tällä hetkellä suomalaiset kunnat tuntevat hyvin palvelujärjestelmän toimintaa ja erityisesti sen suoritteita kuvaavat tiedot. Tiedot palvelujen aiemmasta käytöstä auttavat osaltaan toiminnan suunnittelussa, mutta se ei voi korvata koko kohdeväestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoa. Vain

tällaisen tiedon pohjalta voidaan arvioida sitä, kuinka palvelukirjoa ja sen kohdentumista tulee esimerkiksi suunnata uudelleen paikallisesti vastaamaan oleellisimpiin haasteisiin.

Tällä hetkellä kansallinen tietopohja väestön hyvinvoinnista ja terveydestä koostuu tilastojen osalta kuolleisuudesta ja välillisistä osoittimista kuten eläkkeisiin ja muihin sosiaalietuuksiin liittyvistä tiedoista. Toimintakykyä, elämänlaatua sekä väestöryhmien välisiä terveyseroja kuvaavat tiedot perustuvat ensisijaisesti väestökyselytutkimuksiin.

Kansainvälisesti vertaillen suomalainen tietopohja – ilmeisistä aukoistaan huolimatta – on melko vahva. Sen hyödyntäminen alueellisesti ja paikallisesti on kuitenkin selvitysten mukaan hyvin vajavaista.

Terveydenhuollon tasapainoinen kehittäminen edellyttää jo olemassa olevan tietopohjan saattamista laaja-alaiseen käyttöön. Yhtäältä tämä tarkoittaa entistä helpommin saavutettavan ja käytettävän kunta- ja aluekohtaisen tiedon säännöllistä raportointia. Tässä työssä merkittävä rooli on erityisesti Kansanterveyslaitoksella mutta myös muun muassa Stakesilla, Tilastokeskuksella ja Kelalla. Toisaalta kuntien tietoisuutta tällaisen tiedon käyttämisen tarpeesta ja mahdollisuuksista tulee lisätä. Tähän tavoitteeseen on mahdollista päästä yhteistyöllä, jossa oleellinen toimija edellä mainittujen lisäksi on Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee sekä tutkimuslaitosten tulossopimuksissa että muiden toimijoiden kanssa käytävissä yhteistyöneuvotteluissa varmistaa, että seurantatieto muodostuu paikallisen ja alueellisen terveydenhuollon kehittämisen voimavaraksi sekä valtakunnallisen päätöksenteon pohjaksi.

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan yhdistettäväksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät toimivaa terveyspalvelujärjestelmää sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä. Myös terveydenhuollon toimeenpanoon liittyvät sosiaalihuollon palvelut pitäisi entistä paremmin integroida palvelukokonaisuuteen.

Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon organisointiin, osaamiseen ja teknologiaan on mahdollista luoda kokonaan uusia toimintamalleja, jotka toimisivat asiakkaan tai potilaan kannalta paremmin kuin nykyinen järjestelmä. Yksittäisen ihmisen kannalta olisi tärkeää, että hän saisi terveydenhuollon palvelut oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Palvelujen saumattomat palveluketjut toimisivat nimenomaan asiakkaiden ja potilaiden hyväksi. Saumattomuuden edistämiseksi muodostettaisiin potilastietojen käsittelyyn yhteisrekisteri, joka koostuu sairaanhoitopiirin alueen kuntien perusterveydenhuollon sekä sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon potilasrekisterien tiedoista. Terveyspiiri vastaisi sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta, joten potilastiedot kuuluisivat saman rekisterinpitäjän potilasrekisteriin. Potilastietojen suoja olisi kuitenkin turvattu, vaikka yhteisrekisteriä käytettäisiin yli hallinnollisten organisaatiorajojen.

Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla olisi oikeus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Palvelujen käyttö yli kuntarajojen on myös kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tavoite. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaisi lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja. Ehdotukseen sisältyy myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia säännöksiä. Ehdotuksessa korostuu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmiensa ennaltaehkäisy.

Ehdotuksen mukaan kansanterveystyön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilyisi pääsääntöisesti kunnalla. Terveysdenhuollon järjestämismallit olisi mahdollista toteuttaa siten, että niillä tuettaisiin toisaalta terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Sairaanhoitopiirimallissa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö olisi mahdollista toteuttaa yhteistoiminta-alueella. Erikoissairaanhoito toteutettaisiin laajan väestöpohjan kuntayhtymässä eli sairaanhoitopiirissä kuntien sopimalla tavalla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota vahvistettaisiin ja väestön mahdollisuutta saada palveluja lähellä asuinpaikkaansa parannettaisiin tuomalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason toiminta, kuten polikliininen konsultaatio tai päiväkirurgia samoihin yksiköihin. Terveyspiirimallissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito hoidettaisiin samassa organisaatiossa. Terveyspiiri voisi hoitaa yhteistoiminta-alueen sosiaalihuollon tehtävät ja kehitysvammahuollon siten kuin kunnat asiasta sopivat.

Molemmissa malleissa terveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö olisi mahdollista, jos kunta haluaisi sen toteuttaa. Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle tulisi velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjien kanssa siltä osin kuin tehtävien hoitaminen edellyttää. Hyvin toimiva palvelujärjestelmä ja saumattomat palveluketjut säästäisivät myös kansantalouden voimavaroja. Ehdotuksen mukainen terveyden edistämisen toimenpidekokonaisuus tulisi nähdä kunnissa tuottavana investointina. Terveiden edistämistyön vahvistamiselle on kunnissa vankat taloudelliset perusteet.

Lisäksi ehdotuksen mukaan ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirrettäisiin kunnilta

sairaanhoitopiiriin tai terveystieteelliseen tehtäväksi. Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimukseen myönnettävä valtion rahoitusjärjestelmä ehdotetaan muutettavaksi siten, että sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen perustettava terveystieteellisen tutkimuksen lautakunta jakaisi valtion tutkimusrahoituksen yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä

toimiville erityisvastuualueiden tutkimuskeskuksille.

Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan asteittain siten, että osa säännöksistä tulisi voimaan tammikuun 1 päivänä 2010. Terveystieteellisen tutkimuksen uudet järjestämismallit pitäisi ottaa käyttöön viimeistään tammikuun 1 päivänä 2013.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ	1
SISÄLLYS	3
YLEISPERUSTELUT	5
1. Johdanto	5
1.1. Terveystieteiden tutkimuskeskus	5
1.2. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen uudistaminen	6
2. Nykytila	7
2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö	7
2.1.1. Perustuslain säännökset ja terveystieteiden tutkimuskeskus	7
2.1.2. Julkisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen järjestämisvastuu	8
2.1.3. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteistyö ja terveystieteiden palvelujen yhteensovittaminen	10
Toiminnallinen kokonaisuus	10
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelujen järjestämissuunnitelma	10
Sairaanhoitopiirien keskinäiset sopimukset	11
Erityistason sairaanhoito	11
Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa: Kotihoidonkokeilu	12
2.1.4. Kansanterveyslaitoksen ja erikoissairaanhoitojen tehtävät	13
Kansanterveyslaitos	13
Kunnan asukkaiden sairaanhoito	13
Kansanterveyslaitoksen tehtävät	14
Erikoissairaanhoito	30
2.1.5. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstö	33
2.1.6. Valvonta	35
2.1.7. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatu	36
2.1.8. Asiakaskeskeisyys ja potilasturvallisuus	38
2.1.9. Muu lainsäädäntö	42
Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta	42
Hallintolaki	43
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rekisterinpito	43
Hankintalaki	44
Kehitysvammaisten erityishuolto	45
Lastensuojelulaki	47
Päivähoito ja esiopetus	50
2.2. Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden ja EU:n lainsäädäntö	51
2.2.1. Ruotsi	51
2.2.2. Tanska	55
2.2.3. Norja	58
2.2.4. Iso-Britannia	62
2.2.5. Alankomaat	64
2.2.6. EU-lainsäädäntö	67
2.3. Nykytilan arviointi	68
2.3.1. Perusterveystieteiden tutkimuskeskuksen nykytilan arviointi	68

2.3.2.	Erikoissairaanhoidon nykytilan arviointi.....	69
2.3.3.	Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen	70
2.3.4.	Terveydenhuollon rekisterinpidon arviointi	71
2.3.5.	Ulkoistamismiskehitys.....	72
3.	Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset.....	72
3.1.	Tavoitteet	72
3.1.1.	Johdanto	72
3.1.2.	Suhde sosiaaliinhuoltoon	75
3.2.	Toteuttamisvaihtoehdot	76
3.2.1.	Alueellinen palvelurakenne: sairaanhoitopiireihin ja kuntiin tai yhteistoiminta-alueisiin perustuva malli	76
3.2.2.	Terveyspiiri	77
3.2.3.	Terveydenhuolto ja rekisterinpito.....	78
3.3.	Keskeiset ehdotukset	80
4.	Esityksen vaikutukset.....	81
4.1.	Terveydenhuollon arviointiperusteita.....	81
4.2.	Taloudelliset vaikutukset	82
4.2.1.	Alueellinen palvelurakenne: Sairaanhoitopiireihin ja kuntiin tai YT - alueisiin perustuva terveydenhuolto.	82
4.2.2.	Terveyspiirimalli.....	83
4.2.3.	Vaikutukset kuntatalouteen.....	85
4.2.4.	Ensihoitopalvelu.....	87
4.3.	Vaikutukset viranomaisten toimintaan	87
4.4.	Vaikutukset kuntalaisiin, asiakkaisiin ja potilaisiin	88
4.5.	Vaikutukset ympäristöterveydenhuoltoon	88
4.6.	Yhteiskunnalliset vaikutukset.....	89
5.	Asian valmistelu	90
5.1.	Valmisteluvaiheet ja -aineisto	90
5.2.	Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen.....	90
6.	Riippuvuus muista esityksistä.....	90
	YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT.....	91
1.	Lakiehdotuksen perustelut	91
2.	Tarkemmat säännökset ja määräykset.....	128
3.	Voimaantulo	128
4.	Säätämismenettely	128
	LAKIEHDOTUKSET	129
	Laki terveydenhuollosta.....	129

YLEISPERUSTELUT

1. Johdanto

1.1. Terveydenhuoltojärjestelmä

Terveyden- ja sairaanhoidon palveluja tuottavat sekä julkisyhteisöt että yksityiset toimijat. Julkiselle vallalle riittävien terveydenhuoltopalvelujen tuottaminen on lakisääteinen velvoite. Terveydenhuollon toimeenpanotehtävistä vastaavat ensisijaisesti kunnat ja kuntayhtymät. Niiden ohjaus ja valvonta kuuluvat keskushallinnossa sosiaali- ja terveysministeriölle ja alueellisesti lääninhallituksille. Nykyisessä terveydenhuollon lainsäädännössä voidaan erottaa erikseen säädökset, jotka koskevat palvelujen järjestämisvelvollisuutta ja tuottamista, terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa sekä potilaan asemaa ja oikeuksia.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972, KTL), erikoissairaanhoidossa (1062/1989, ESHL) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkista, kunnallista palvelujärjestelmää. Yksityisen toimijan oikeudesta tuottaa terveyden- ja sairaanhoitopalveluja säädetään laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1994). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoimintaan liittyvistä oikeuksista, velvollisuuksista ja toiminnan valvonnasta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994). Potilaan oikeuksia määrittävät laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) sekä potilasvahinkolaki (585/1986).

Terveydenhuollon lainsäädännön lisäksi terveyspalvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä ammattihenkilöiden ja potilaiden asemaan ja oikeuksiin vaikuttavat monet yleislainsäädännön säännökset, muun muassa hallintolaki (434/2003), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999), henkilö-

tietolaki (523/1999) ja laki julkisista hankinnoista (348/2007). Myös sosiaalihuollon lainsäädäntö vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, muun muassa sosiaalihuoltolaki (710/1982), laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä päivähoitolaki (36/1973), vammaispalvelulaki (380/1987), laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), päihdehuoltolaki (41/1986) ja lastensuojelulaki (417/2007).

Terveydenhuollon lainsäädännössä tehtiin 1970-luvulla periaatteellisia muutoksia, muun muassa säädettiin kansanterveyslaki ja siirrettiin lääkintöhallitukselta tehtäviä lääninhallituksiin. Kansanterveyslain perustavoitteena oli siirtää terveyspolitiikan painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoidon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitajärjestelmän suunnitelmalliselle kehittämiselle. Laissa säädetään kunnallisista kansanterveystyövelvoitteista ja kansanterveystyön hallinnosta. Kansanterveystyön uudistus oli varsin laajamittainen uudistus valtakunnan terveydenhuollossa. Kansanterveyslain myötä aloittivat toimintansa terveyskeskukset. Perushoidon sisältöä on jatkuvasti kehitetty ja palveluja lisätty terveyskeskuksissa. Eräillä terveyskeskuksilla on mahdollisuus tarjota väestölle myös erikoislääkäripalveluja.

Erikoissairaanhoidon koskeva lainsäädäntö uudistettiin kokonaisuudessaan 1989. Erikoissairaanhoidolaki sisälsi säännökset kunnallisen erikoissairaanhoidon alueellisesta järjestämisestä. Lain keskeisenä lähtökohtana oli riittävien ja yhtäläisten erikoissairaanhoidtopalvelujen saannin turvaaminen kaikissa osissa maata. Perusvastuuyksikkönä erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisessä oli kunta. Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäjänä kunta oli kuitenkin yleensä sekä vä-

estömäärältään että muilta voimavaroiltaan liian heikko yksikkö, minkä vuoksi edellytettiin sairaanhoitopiirin kuntainliittojen (nykyisin kuntayhtymä) perustamista. Erityisen vaativa ja korkean tason teknologiaa käyttävä sairaanhoito keskitettiin väestöpohjaltaan sairaanhoitopiiriä suuremmalle vastuualueelle eli niille kuntayhtymille, joiden hallinnassa on yliopistollinen sairaala. Näin oli mahdollista huolehtia siitä, että väestöllä oli asuinpaikasta riippumatta mahdollisuus saada myös tarvitsemansa vaativa erikoissairaanhoito. Eräiden sairauksien hoito on välttämättömä keskittää vieläkin enemmän siten, että sairauksia hoidetaan vain yhdessä tai kahdessa yliopistollisessa sairaalassa.

Terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistettiin 1990-luvulla, muun muassa terveydenhuollon keskeinen valvontaorganisaatio uudistettiin. Organisaatio-uudistuksessa perustettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) sekä Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO). Myös potilaan oikeuksista säädettiin oma laki 1990-luvulla.

1.2. Terveydenhuollon uudistaminen

Terveydenhuollon laaja uudistamistyö aloitettiin syksyllä 2001 valtioneuvoston asettamassa kansallisessa terveyshankkeessa. Valtioneuvosto antoi keväällä 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. Periaatepäätöksen tavoitteiden toteuttaminen on edellyttänyt laajaa ja monipuolista yhteistyötä, erityisesti käytännön toiminnassa. Keskeiset kehittämisalueet olivat terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantaminen, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen sekä rahoituksen vahvistaminen. Kansallinen terveyshanke päättyi vuoden 2007 lopussa.

Kansallisen terveyshankkeen arviointi on parhaillaan menossa (kevät 2008). Alustavan arvioinnin mukaan hoitotakuu näyttäisi vahvistaneen somaattista erikoissairaanhoitoa,

sen sijaan perusterveydenhuolto näyttäisi muuttuneen vähemmän. Myöskään mielen-terveyspalvelujen saatavuudessa ei ole tapahtunut paljon muutoksia, vain pieni osa potilaista tulee ei kiireellisesti hoitoon.

Valtion osuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuoden 2002 hankkeen käynnistymisen jälkeen. Kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi, mutta hankkeiden pysyvät vaikutukset ja tulosten laajempi hyödyntäminen ovat vaihdelleet.

Keväällä 2007 hallituksen vaihtumisen jälkeen annettiin uudessa hallitusohjelmassa terveystaloudelliset linjaukset. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelman keskeisissä terveydenhuollon linjauksissa korostuu uudenlainen yhteisöllisyys ja vastuun tasapaino. Palvelujen järjestäminen toteutuu yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä. Hallitus on käynnistänyt laajan kokonais uudistuksen, joka toteutetaan vaiheittain sosiaaliturvan uudistamiskomitean esitysten pohjalta. Hallitusohjelmassa esitetään entistä konkreettisempia toimenpide-esityksiä palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi, palvelut turvataan kaikille.

Kevään 2007 aikana käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimana terveyden edistämisen poikkihallinnollinen politiikkaohjelma. Politiikkaohjelma antaa mahdollisuuden jatkaa Kansallisessa terveyshankkeessa ollutta terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämistä. Edellisellä hallituskaudella aloitettu terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelu (TEROKA-hanke) on pohjustanut uuden ohjelman nopeaa käynnistämistä. Lisäksi hallitusohjelmaan sisältyy työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma sekä opetusministeriön johdolla lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin – politiikkaohjelma, jotka ovat merkittäviä kokonaisuuksia sosiaali- ja terveystalouden kannalta.

Hallitusohjelman mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta.

Hallitusohjelmassa on lisäksi todettu, että perusterveydenhuollon ja terveyskeskustyön

asemaa vahvistetaan sekä varmistetaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteutuminen. Palvelurakennemuutoksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Myös väestön yhdenvertaisuus turvataan vahvistamalla palvelujen käyttäjien oikeuksia. Lisäksi vapaata hakeutumisoikeutta palveluihin yli kuntarajojen edistetään. Myös sähköisten tietojärjestelmien kehittämistä jatketaan. Toimintaa ja palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arviointia sekä palvelujen valvontaa ja ohjausta on myös hallitusohjelman mukaan tehostettava. Hallitusohjelmassa on todettu, että palvelujen järjestämisvastuu säilyy edelleen kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin.

Terveyspalvelujen palvelujen kysyntä kasvaa tulevaisuudessa väestörakenteen muutoksen, teknologisen kehityksen ja vaatimustason myötä. Palveluketjujen uudistaminen, tiedonkulun varmistaminen ja potilaan hoitaminen oikeaan aikaan oikeassa paikassa on myös kansantaloudellisesti tärkeää. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät toimivaa terveyspalvelujärjestelmää sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä. Myös terveydenhuollon toimeenpanoon liittyvät sosiaalihuollon palvelut pitää entistä paremmin integroida palvelukokonaisuuteen.

Terveyspalvelujen kansainvälistyminen, tulevaisuudessa mahdollisesti lisääntyvä ulkomaisten terveyspalvelujen tarjonta, hoitoon hakeutuminen ulkomaille ja näihin liittyvä EU-oikeus tulee ennakoida mahdollisimman hyvin kansallisen lainsäädännön rakenteiden uudistamisessa. Samoin perusoikeudet ja perustuslain säätämisen yhteydessä lähtökohtana olleet periaatteet edellyttävät terveydenhuollon lainsäädännön kokonaistarkastelua ja uudistamista.

Lainsäädännön uudistamistarpeeseen vaikuttavat lisäksi kunta- ja palvelurakennemuutos, valtionosuusjärjestelmän uudistaminen, alueellinen kehitys ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä hankintalainsäädäntö. Lainsäädännön pitää tukea palvelujen saata-

vuutta asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Myös väestön yhdenvertaisuus peruspalvelujen saatavuudessa on varmistettava.

2. Nykytila

2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö

2.1.1. Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kaikille kunnassa oleskeleville. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusvoimavaroilla.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti koskevat myös terveyspalveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantun-

non vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §).

Perustuslain 121 §:ssä on kunnille vahvistettu itsehallinto. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Itsehallinnon on tarkoitettu suojaavan myös kuntien oikeutta päättää omasta taloudestaan. Perustuslain 121 §:n 3 momentissa verotusoikeus on nimenomaan mainittu kunnallisen itsehallinnon ainesosana. Kun kunnille säädetään uusia tehtäviä, on samalla huolehdittava myös siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua niistä. Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut.

2.1.2. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa on terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyn velvoitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuu-käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuu voi ilmaista yleisesti kattavan vastuun kuntalaisille siitä, että tarpeen mukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuuta sekä oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välille terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen voi sisältyä muun muassa vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla; vastuu palvelujen ”järjestämistavasta” (oma tuotanto, yhteistoiminta, ostopalvelut); vastuu toiminnan järjestämisestä palvelutuotannosta vastuussa olevassa organisaatiossa ja vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen.

Lainsäädännössä terminologia ei kuitenkaan ole johdonmukaista. Laissa käytetään käsitettä ”järjestäminen” usein kuvaamaan vain joitakin edellä mainitun järjestämisvastuun piiriin kuuluvia vastuita. Samoin saatetaan mainittuja vastuita määriteltäessä käyttää jotain muita käsitteitä kuin järjestäminen, esimerkiksi ”on huolehdittava”.

Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä. Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluja. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaiset palvelut on eroteltu perusterveydenhuollosi ja erikoissairaanhoitoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Vuonna 2006 Suomessa oli 237 terveyskeskusta. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita.

Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoito tapahtuu pääsääntöisesti suuremmissa yksiköissä sairaanhoitopiirien hallinnoimana. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (ESHL 3 § 1 momentti). Sairaanhoitopiirejä on 20 ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua.

Erikoissairaanhoidon osalta vastuu on säädetty sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiirissä hoidon johtaminen ja valvominen sekä hoidosta päättäminen kuuluvat johtavalle lääkärille tai kuntayhtymän muulle lääkärille. Erikoissairaanhoidossa kunnan ja sairaanhoitopiirin vastuusuhteita muutettiin ja selkiinnytettiin ns. hoitotakusäännösten yhteydessä vuonna 2005. Sairaanhoitopiirillä on vastuu kiireellisten tilanteiden ja erikoissairaanhoitoon lähetettyjen potilaiden osalta, mutta muilta osin vastuu on säilynyt kunnalla.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskus-sairaala. Näistä viisi on erityistason sairaan-hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Hel-sinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sai-raanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissai-raanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sai-raanhoitopiirin sairaaloita käytetään ensisi-jaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkai-den sairaanhoitoon (ESHL 30 §). Poikkeuk-sena ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Kuitenkin korkeakoulujen ja muiden oppilai-tosten oppilaille opiskelun vuoksi toisen sai-raanhoitopiirin alueella tapahtuvan oleskelun aikana sairaanhoitoa annetaan tämän sairaan-hoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayk-sikössä. Sama koskee myös työnsä vuoksi vieraalla paikkakunnalla oleskelevia tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista toisessa sairaanhoitopiirissä.

Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut. Kunnan on osoitettava voimavaroja niihin palveluihin, joita sen on lain mukaan järjes-tettävä, mutta sillä on harkintavaltaa siinä, mihin se voimavaransa kohdentaa, kuiten-kaan rikkomatta perustuslain yhdenvertai-suusvaatimusta. Kunta voi myös päättää, mi-ten se palvelut järjestää. Sosiaali- ja tervey-denhuollon suunnittelusta ja valtionosuusis-ta annetun lain (733/1992, STVOL) mukaan kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostamalla niitä muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta (STVOL 4 §).

Vuoden 1993 alussa voimaan tullut laki muutti syvällisesti terveydenhuollon toimin-taa. Lainmuutoksen myötä valtionosuudet maksettiin peruskunnille palvelujen tarvetta kuvaavan laskukaavan mukaisina summina. Lainsäädännön muutos purki valtionhallin-non resurssiohjausjärjestelmän ja sen myötä siirryttiin entistäkin hajautetumpaan tervey-denhuoltoon, jossa peruskunnilla oli valta ja vastuu järjestää terveydenhuoltopalvelut par-haaksi katsomallaan tavalla. Uudistuksen tärkeimpiä syitä olivat aiemman kustannus-perusteisen valtionapujärjestelmän menoja kasvattava vaikutus sekä yleinen pyrkimys valtion keskushallinnon tehtävien hajautta-miseen. Samalla toivottiin, että peruskuntien

asema suhteessa suuriin kuntayhtymiin vah-venisi. Toisaalta uudistuksen tullessa voi-maan pelättiin, että eri kuntien asukkaat jou-tuisivat eriarvoiseen asemaan. Taloudelliset tai poliittiset syyt ovatkin johtaneet päätök-siin, joiden tuloksena kaikkien kuntien asuk-kaille ei enää ole ollut tarjolla riittävästi ter-veyspalveluja. Lakiuudistus tuli voimaan keskellä Suomen syvintä talouslamaa toisen maailmansodan jälkeen. Uusi järjestelmä joutui heti testattavaksi ääriolosuhteissa.

STVOL:n myötä siirryttiin resurssiohjauk-sesta kuntien itsehallinnolliseen tulostavuu-seen. Terveydenhuollon erityislaeissa sääde-tyistä järjestämisvastuusta todetaan STVOL:ssa, että kunnan on osoitettava voi-mavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (3 §). Valtion-osuusuudistuksen yhtenä keskeisenä tavoit-teena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Tä-mä merkitsee muun muassa kunnan asukkai-den oikeutta ja vapautta päättää palvelujen painotuksista ja asukkaiden tarpeiden huomi-oon ottamisesta haluamallaan tavalla, kuiten-kin lainsäädännön asettamissa rajoissa. Sa-malla, kun uusi järjestelmä on tuonut jousta-vuutta, se on aiheuttanut myös sen, että joi-hinkin lainsäädännön edellyttämiin palvelui-hin eivät kaikki kunnat ole osoittaneet voi-mavaroja. Kunnan on kuitenkin varattava riittävästi varoja terveyspalvelujen tuottami-seen tai ostamiseen. Kunnan on varattava ta-lousarvioonsa määrärahat kiireellisen hoidon ohella myös muuta lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeellista hoitoa varten. Potilaan oikeutta hoitoon ei voida ra-joitaa vetoamalla pelkästään kunnan tervey-denhuoltoon osoittamien määrärahojen niuk-kuuteen ottamatta huomioon hänen yksilölli-siä tarpeitaan.

Kuntalaki (365/1995) luo puitteet kuntien eri hallinnonalojen toiminnan organisoimi-seksi. Toiminnan kannalta kuntalaki on var-sin joustava. Palvelut voidaan hoitaa itse, yh-teistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia ne muilta palvelujen tuottajilta (kun-talain 2 §). Kunnan peruspalvelujen lainmu-kaisuutta ja tuloksellisuutta arvioidaan monin eri tavoin ja eri näkökulmista. Valtion taholta laillisuusvalvontaa tekevät lääninhallitukset.

2.1.3. *Terveysthuollon yhteistyö ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen*

Toiminnallinen kokonaisuus

Kansanterveyslain 27 § edellyttää, että kunta on kansanterveystyötä suunnitellessaan ja kehittäessään yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Erikoissairaanhoitolain 10 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa seläisessä yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Sairaanhoitopiiriin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tulee alueellaan huolehtia tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

Hoitotakuuta koskevien, maaliskuun alussa 2005 voimaan tulleiden lainmuutosten tarkoituksena oli myös selkiyttää sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän vastuuta alueensa erikoissairaanhoidon järjestämisessä. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee huolehtia terveydenhuollon alueellisesta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä. Tarkempia säännöksiä on valtioneuvoston antamassa asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004). Asetuksen mukaan sairaanhoitopiiriin ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Sairaanhoitopiiri vastaa suunnitelman laatimisesta val-

tuustokausittain. Suunnitelman toteutumista arvioidaan vuosittain yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja siihen tehdään tarvittaessa muutokset.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee käsitellä yhdessä terveydenhuollon toiminnallista kokonaisuutta ja palvelujen yhteensovittamista. Terveysthuollon palvelujen yhteensovittamisen lisäksi myös sosiaalihuollon palvelut tulee sovittaa toiminnalliseen kokonaisuuteen.

Sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien välistä yhteistyötä tehdään nykyisin erilaisin paikallisesti vakiintuneiden käytäntöjen mukaan. Yhteistyössä laadittava terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma on eräs mahdollisuus ja väline sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien välillä ja se voidaan yhdistää osaksi muuta yhteistyötä. Kainuun maakunta toimii Kainuun hallintokokeilusta annetun lain (343/2003) 3 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tehtävässä.

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielenterveyslain mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

Terveydenhuollon palvelujen järjestämssuunnitelma

Terveydenhuollon palvelujen järjestämssuunnitelman avulla voidaan edistää entisestään alueellista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Siinä voidaan poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja sairaanhoitopiiriin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimin-

tayksiköiden kesken. Myös saumattomien palveluketjujen edistämiseksi voidaan sosiaalihuollon palvelut tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen. Erityisesti tulee arvioida alueen kuntien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa tulee sopia myös alueellisen tietohallinnon järjestämisestä. Sairaanhoitopiiri voi yhdessä muiden toimijoiden kanssa tehdä alueellisen tietohallintostrategian ja sopia työnjaosta. Suunnitelmassa tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon yksityisten palveluntuottajien ja sosiaalihuollon tietohallinnon yhteistyötarpeet. Suunnitelmat ovat käyttökelpoinen väline kehitettäessä maakunnallista yhteistyötä terveydenhuollon eri toimijoiden ja sosiaalitoimen kesken.

Sosiaali- ja terveysministeriö on alkusyksyn 2006 aikana saanut kaikilta sairaanhoitopiireiltä ensimmäiset asetuksen mukaiset järjestämissuunnitelmat. Suunnitelmat ovat eritasoisia. Useimmissa suunnitelmissa kuitenkin katetaan asetuksessa mainitut terveydenhuollon alueet sekä yhteydet terveyskeskusten kanssa niiden järjestämisessä. Sosiaalitoimi ja yksityiset palvelujen tuottajat on huomioitu vain muutamassa suunnitelmassa. Järjestämissuunnitelmissa lähinnä kuvataan olemassa oleva yhteistyö, ne eivät niinkään näyttäisi toimivan muutoksen tai kehittämisen työvälineinä, niin kuin oli tavoite.

Terveydenhuollon tukipalvelut, kuten laboratorio ja kuvantamistoimi, lääkinnällinen kuntoutus sekä hankintatoimen maakunnallinen yhteistyö ovat viime vuosina kehittyneet huomattavasti. Hankintatoimessa on olemassa erityisvastuualueen kokoisia hankintarenkaita. Itä-Suomessa aloitti vuoden 2008 alussa yhteinen terveydenhuollon laboratorioliikelaitos. Myös päivystystoiminnan yhteistyötä on viime vuosina huomattavasti lisätty. Yöaikainen päivystys on keskittynyt aikaisempaa huomattavasti suurempiin kokonaisuuksiin ja useiden keskussairaaloiden yhteydessä toimii perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen päivystyspoliklinikka.

Sairaanhoitopiirien keskinäiset sopimukset

Asiakaskeskeisyyttä on käytännössä vahvistettu sairaanhoitopiirien välisin yhteistyösopimuksin. Etelä-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä ovat tehneet (ajalle 1.10.2007 – 31.9.2009) sopimuksen, jonka mukaan asukkaat voivat valita sopimuksen tehneiden sairaanhoitopiirien alueiden sairaaloista, missä sairaalassa haluavat kiireettömän leikkaushoitonsa toteutettavaksi. Sopimus koskee kiireetöntä leikkaushoitoa, lukuun ottamatta niitä leikkaustoimenpiteitä, jotka on valtioneuvoston asetuksella (767/2006) säädetty valtakunnallisesti keskitettäväksi harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai niitä, jotka on sovittu keskitettäväksi Tays:n erityisvastuualueella tiettyihin sairaaloihin. Toimenpidettä edeltävät välttämättömät tutkimukset, arviointikäynnit ja jälkitarkastukset samoin kuin leikkaustoimenpiteen yhteydessä tapahtuneiden komplikaatioiden hoito kuuluvat sopimuksen piiriin.

Kun potilas hakeutuu omasta tahdostaan hoitoon toiseen sairaanhoitopiiriin, kiireettömän hoidon toteuttamisen määräaikoja ei aina pystytä noudattamaan. Lähetteen vastaanottava sairaala voi sopimuksen mukaan kieltäytyä toteuttamasta hoitoa voimavarojen puutteen vuoksi, jolloin potilaalle tulee määritellä toinen hoitopaikka sopimuksen tehneiden sairaanhoitopiirien alueella. Laskutus toteutetaan hoitoa antavan sairaanhoitopiirin hinnaston mukaisesti. Kelan matkakorvaus määräytyy samoin periaattein kuin, jos matka olisi tehty omissa sairaanhoitopiirissä.

Erityistason sairaanhoito

Sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka

hallinnassa on yliopistollinen sairaala, tulee järjestää erityistason sairaanhoito erikoissairaanhoitolain 9 §:ssä tarkoitetulla vastuualueellaan sekä huolehtia samaan sairaanhoidon vastuualueeseen kuuluvien muiden sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa ja sairaanhoitoon kuuluvan tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestämisessä. Erityisvastuualueet on määritellyt valtioneuvoston päätöksellä (1077/1990).

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtakunnallinen keskittäminen voidaan tarvittaessa toteuttaa myös siten, että tutkimus, toimenpide tai hoito hankitaan ostopalveluna yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 767/2006 on säädetty siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon ja niiden keskittämisestä alueellisesti ja valtakunnallisesti. Alueellisesti keskitettävällä erityistason hoidolla tarkoitetaan sellaista sairaanhoitoa, joka on tarkoituksenmukaista keskittää yliopistolliseen sairaalaan tai muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Kullakin viidellä yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella sovitaan sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien kesken tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka on tarkoituksenmukaista keskittää.

Valtakunnallisesti keskitettävällä erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön keskitettävää hoitoa. Asetuksella on säädetty harvinaisten ja korkeatasoista lääketieteellistä osaamista ja välineistöä vaativien toimintojen keskittämisestä.

Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa: Kotihoitokokeilu

Kansanterveyslakiin (2004/1429) ja sosiaalihuoltolakiin (2004/1428) lisättiin väliaikaisesti 2 a luku, joka sisältää säännökset kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien järjestämisestä kotihoidoksi. Säännökset ovat

voimassa ajalla 1.1.2005 - 31.12.2008. Kotihoitokokeilulla on tarkoitus poistaa sosiaalihuollon ja kansanterveystyön raja-aitoja siten, että tehokkuus lisääntyisi, mutta myös asiakkaan saama palvelu paranisi.

Säännökset koskevat sosiaalihuollon ja kansanterveystyön hallintoa kunnissa ja vanhusten ja eräiden muiden asiakasryhmien sosiaali- ja terveyspalvelujen, erityisesti kotona annettavien palvelujen nykyistä tiiviimpää yhteensovittamista. Kokeilu täydentää erityisesti vanhusten palveluissa saumattoman palveluketjun kokeilua, jossa painotetaan tietoteknologian hyödyntämistä ja asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien muodostumista. Saumattoman palveluketjun kokeilu on käytännössä painottunut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueelle.

Kotihoitokokeilun keskeisenä kohteena ovat vanhuksille ja muille asiakasryhmille kotona annettavat palvelut. Kotipalveluja ja kotisairaanhoidon tehtäviä voidaan yhdistää uudeksi tehtäväksi eli kotihoidoksi. Kokeilu on tarkoitettu kunnille, joissa lautakuntien yhdistämistä ei ainakaan toistaiseksi ole pidetty tarkoituksenmukaisena tai joissa kansanterveystyön kuulumisen kuntayhtymälle on estänyt yhdistämisen kuntatasolla.

Kunta voi kokeilla vanhusten sosiaalipalvelujen ja vanhuksia koskevien kansanterveystyön tehtävien yhdistämistä sosiaalihuollosta vastaavan kunnan monijäsenisen toimielimen, kansanterveystyöstä vastaavan toimielimen taikka vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluja varten perustettavan uuden toimielimen hoidettavaksi. Kokeilu voidaan rajata vain osaan vanhusten palveluista tai siihen voidaan liittää myös muiden asiakasryhmien vastaavia palveluja.

Kotihoito voidaan antaa myös kansanterveystyön toimeenpanosta vastaavan kuntayhtymän monijäsenisen toimielimen hoidettavaksi. Vastaavasti kansanterveystyön kuntayhtymän kotisairaanhoidon tehtäviä voidaan yhdistää kuntien kotipalvelujen kanssa kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen alaisuuteen.

Erityisesti väestörakenteen muuttuminen vanhusvoittoiseksi ja siitä seuraava palvelutarpeen kasvu edellyttää tiiviimpää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Ikääntyneen potilaan sairaalahoidon johtaa

helposti laitostumiseen ja toisaalta palvelujärjestelmässä syntyy ylimääräisiä kustannuksia, kun potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja edelleen tuettuun asumiseen tai kotihoitoon ei suju.

2.1.4. *Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tehtävät*

Kansanterveyslain 1 §:n 1 momentin mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, joka sisältää myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn ja yksilön sairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (ESHL 1 § 2 momentti).

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden velvoitteet ja vastuut. Julkisen terveydenhuollon järjestämismahdollisuuden sisältö ja laajuus määritellään pääasiassa kansanterveyslain 14 §:ssä ja erikoissairaanhoitolain 1 ja 3 §:ssä. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa sairaanhoito kuuluu lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Järjestämismahdollisuuteen kuuluu myös velvollisuus järjestää tarvittaessa mahdollisuus erikoislääkärihoitoon sairaanhoitoon.

Terveydenhuollon järjestämismahdollisuutta koskeva lainsäädäntö on pääosin puitelainsäädäntöä, jossa kunnan vastuut on säädetty yleisellä tasolla niin, ettei sen perusteella voida yksiselitteisesti määritellä toiminnan laajuutta tai sisältöä. Tosin ns. hoitotakuusäännöksillä on kuitenkin aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määritetty hoitoon pääsyä, hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista ei kiireellisessä hoidossa. Säännökset tulivat voimaan maaliskuun 1 päivänä 2005.

Kansanterveystyö

Kansanterveystyö on säädetty kuntien tehtäväksi. Kunnat voivat perustaa yhdessä tehtävää varten kuntayhtymän taikka kunnat voivat sopia toisen kunnan kanssa, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Kansanterveystyön toimeenpanosta huolehtii kunnassa yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Toimielin huolehtii myös tehtävistä, jotka on muussa laissa säädetty terveyslautakunnan tai terveydenhoitolautakunnan tehtäviksi. Jos kansanterveystyöstä huolehtii kuntayhtymä, sen on asetettava kuntien yhteinen toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten.

Kunnan asukkaiden sairaanhoito

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunnan tulee järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Terveyskeskusten vastaanottotoiminnassa ilmenneiden ongelmien vuoksi tätä velvoitetta täsmennettiin nk. hoitotakuusäännösten kautta. Tällöin määriteltiin Kansanterveyslain 15 b §:än, että terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arvioita ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Lääkäripalvelujen käytössä Stakesin selvitysten mukaan kasvua on ollut erityisesti työterveyshuollossa (sekä kunnallinen että yksityinen työterveyshuolto). Myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneissä ja yksityislääkärikäynneissä on selvää kasvua, kun taas terveyskeskuslääkärikäynnit ovat vähentyneet. Edelleen Stakesin selvitysten mukaan terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui selvästi alimpiin tuloluokkiin. Pienituloisimmassa tuloviidenneksessä terveyskeskuslääkäriä oli viimeisen vuoden aikana käynyt noin 75 prosenttia vastanneista, kun vastaava osuus suurituloisimmassa tuloviidenneksessä oli runsas 40 prosenttia.

Hoitotakuun toteutumista on terveyskeskuksissa haitannut lääkäri-vaje. Ratkaisuja on haettu uudistamalla hoitajien ja lääkärin välistä työnjakoa, parantamalla puhelinpalveluja ja myös ostopalvelujen, vuokratyövoiman ja kokonaisulkoistusten kautta.

Terveyskeskusten hoitotakuun toimivuutta kartoitettiin viimeksi huhtikuussa 2008. Tulosten mukaan yli kolmannes väestöstä asuu sellaisilla alueilla, joissa on ajoittain ongelmia saada välitön yhteys terveyskeskukseen. Kuitenkin hoidon tarpeen arviointi toteutuu pääsääntöisesti kolmen arkipäivän kuluessa koko maassa. Ei-kiireellisen tarpeen vuoksi lääkäriin pääsyä joudutaan aiempaa yleisemmin odottamaan yli kaksi viikkoa. Yli kolmannes (37 prosenttia) väestöstä asuu alueilla, joissa lääkärin vastaanotolle pääsyä joutuu odottamaan yli 14 päivää, ellei tarve ole kiireellinen. Kahdessa vuodessa tilanne on huonontunut, sillä helmikuussa 2006 vastaava luku oli 19 prosenttia.

Osassa terveyskeskuksia toistuu päivittäin tilanne, jossa lääkärin vastaanotolle ei voida antaa aikaa todetusta hoidon tarpeesta huolimatta. Tällaisten terveyskeskusten alueella asuu 12 prosenttia väestöstä. Tilanne on kuitenkin parantunut maaliskuusta 2007, jolloin vastaava väestöosuus oli 26 prosenttia.

Terveysrojojen kaventamisen ja peruspalvelujen sekä tasa-arvon näkökulmasta perusterveydenhuollon vahvistaminen ja hoitotakuun toimivuus ovat olennaisia asioita.

Kansanterveystyön tehtävät

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:

1) huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut;

1a) seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden

kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden

kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa

2) järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus

2a) toteuttaa mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaiden tarvitsema sellainen ehkäisevä mielenterveystyö ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa

3) huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään

4) ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito

5) ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyys- ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen suun terveydenhuoltoon mukaan lukien, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus

6) ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien asetuksessa säädettävää muuta kuin 5 kohdassa tarkoitettua koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta opiskeluterveydenhuoltoa, johon luetaan opiskeluympäristön terveellisyys- ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen, mielenterveyspalvelut ja suun terveydenhuolto mukaan lukien, järjestäminen opiskelijoille, sekä omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen; yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto voidaan kuitenkin

kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla

7) tuottaa kunnan alueella sijaitsevilla työ- ja toimintapaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja

8) järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa

9) järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädetään

10) järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, potilaan asuinpaikasta riippumatta

11) huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin taikka asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen

Lisäksi kunta on velvollinen antamaan poliisille ja vankeinhoitoviranomaisille virka-apua oikeuslääkeopillisten tutkimusten suorittamiseksi esimerkiksi päihtyneelle tai vangille. Terveyskeskuksen lääkärin tulee myös osallistua asevelvollisten tarkastuksiin. Asetuksella erikseen säädettyjen kuntien on järjestettävä merimiesten terveydenhuoltoa. Kunnan on myös hoidettava muita tehtäviä, jotka sille on annettu esimerkiksi tartuntatautilaissa tai päihdehuoltolaissa.

Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua perusopetuslain 15 §:n, lukiolain 11 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 14 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin, kun se koskee oppilas- tai opiskelijahuoltoa sekä koulun tai oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä. Lisäksi kunta voi myös tehdä muiden oppilaitosten kanssa sopimuksen oppilaitokselle kuuluvan terveydenhuollon järjestämisestä kunnan terveyskeskuksessa.

Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan työterveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa

oleville työntekijöille työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Lisäksi vuoden 2008 alusta kunnan, jossa lapsi tai nuori on lastensuojelulain nojalla avohuollon tukitoimena tai sijaishuoltoon sijoitettuna taikka jälkihuollossa, on järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa kansanterveystyöhön kuuluvat palvelut yhteistyössä lapsen sijoittajakunnan kanssa.

Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto

Kansanterveyslakia uudistettiin vuoden 2006 alusta terveyden edistämisen osalta siten, että kuntien tehtäviä terveyden edistämisessä täsmennettiin lain 14 §:ssä. Lähtökohdaksi oli muun muassa se, että tavoitteellinen johtaminen ja toiminnan arviointi edellyttävät, että kunta seuraa väestön terveydentilan kehitystä väestöryhmittäin ja että terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikessa kunnan toiminnassa. Kansanterveystyöhön kuuluvaksi luetaan edelleen terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan ohella myös yksilön sairaanhoito.

Kansanterveystyön tavoitteena on kunta-laisten mahdollisimman hyvä terveys, joka tulisi olla mahdollisimman tasapuolisesti kaikkien saavutettavissa. Vaikka väestön terveys on monien osoittimien mukaan jatkuvasti parantunut, ovat sosiaaliryhmien ja sukupuolten väliset erot säilyneet suurina. Monissa kunnissa ehkäisevän työn voimavaroja on supistettu 1990-luvulla, eikä kaikkia kansanterveyslain velvoitteita asianmukaisesti täytetä.

Väestön terveyttä edistetään ja sairauksia ehkäistään parhaiten silloin, kun päätösten sosiaali- ja terveysvaikutukset otetaan huomioon kaikilla hallinnonaloilla. Tärkeitä hyvinvointia ja terveyttä koskettavia päätöksiä tehdään muun muassa kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuksessa, liikennesuunnittelussa, koulutuksessa, työpolitiikassa ja luonnollisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveyden edistämisen toteutus edellyttää kunnissa ja alueellisesti toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä terveyden edistämisen tavoitteiden to-

teuttamiseksi. Välttämättömiä edellytyksiä ovat myös hyvinvointitiedon saatavuus ja tietojärjestelmät sekä hallinnonrajat ylittävän toiminnan kattava johtamisjärjestelmä sekä sovitut johtamiskäytännöt.

Kuntien tueksi vuonna 2006 valmistunutta terveyden edistämisen laatusuositusta ei vielä kovin yleisesti käytetä työvälineenä kunnissa. Laatusuosituksen ydinsisältö on se, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tarvitsee johtamista, yhteistyörakenteita ja voimavaroja. Vain osa kunnista on sisällyttänyt terveyden edistämistä koskevia tavoitteita kuntasuunnitelmaansa tai talous- ja toimintasuunnitelmaan tai toteuttanut muita suositusten linjauksia.

Kunta- ja palvelurakennemuutos ja sen toimeenpanoa tarkoittava sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE) luo kunnille mahdollisuudet vahvistaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamaa että eri hallinnonalojen välisenä yhteistyönä toteutettavaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Uudenlaisten suunnittelun ja päätöksenteon tasojen syntymisessä vaarana näyttää olevan se, että yhteistoiminta-alueilla kuntiin jääviä ja yhteistoiminta-alueen vastuulle tulevia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä ei hoideta kokonaisuutena, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydet kunnan muuhun toimintaan katkeavat, ja laaja-alaisen, sektorirajat ylittävän yhteistyön edellytykset puuttuvat.

Terveyden edistämisen erityistehtäviä kansanterveysyössä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta ja arviointi väestöryhmittäin, terveydenhoitopalvelut (terveysneuvonta, terveystarkastukset, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, seulontatutkimukset ja terveydensuojelu / ympäristöterveydenhuolto), terveystarkastus, terveyden edistämisen asiantuntijuus ja terveyden puolesta puhuminen sekä terveysvaikutusten ennakkoarviointi.

Terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen

Kansanterveyslain 27 §:n mukaan kunnan tulee suunnitellaan ja kehittää kansanterveysyötä olla yhteistyössä sairaanhoi-

topiirin kanssa siten, että kansanterveysyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevan puitelain 6 § määrittää laajan väestöpohjan kuntayhtymän (sairaanhoitopiirit) uudeksi tehtäväksi terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisen tukemisen. Kuntayhtymän tehtävistä ei ole toistaiseksi tarkemmin säädetty. Näitä velvoitteita on tarpeen täsmentää siten, että myös alueellisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on suunnitelmallista ja hyvin koordinoitua. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueella on jo kuntien kanssa vakiintunutta terveyden edistämisen yhteistyötä tai toimintamalleja, ja joiltakin alueilta se lähes kokonaan puuttuu.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Kunnan tehtävänä on kansanterveyslain mukaan järjestää äitiys- ja lastenneuvolapalvelut. Kuntien tueksi on laadittu kansallisia oppaita vuosina 1999-2007. (Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa 1999, Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007).

Äitiys- ja lastenneuvolapalveluista on saatavissa seurantatietoa vuosilta 2004-2007. Vuonna 2007 tehdyn Lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja selvittävän kyselyn mukaan reilu kolmannes terveyskeskuksista oli järjestänyt äitiys- ja lastenneuvolapalvelut erillisinä toimintoina, reilu viidennes yhdistettyinä ja lopuissa palvelut oli järjestetty sekä erillisinä että yhdistettyinä samassa terveyskeskuksessa. Selvitysten mukaan neuvolatoiminnan johtaminen ja henkilöstövoimavarat sekä toiminnan sisältö ja toimintatavat, mukaan lukien terveystarkastus- ja terveysneuvontakäytännöt, vaihtelevat melko paljon eri puolilla maata. Johtavien hoitajien määrä on hieman lisääntynyt vuodesta 2004.

Määräaikaistarkastukset eivät toteutuneet suositusten mukaan vuonna 2007. Puutteellisesti toteutuivat imeväisten tarkastukset. Lastenneuvolaoppaassa suositeltujen menetelmien käyttö lapsen kehityksen tai vanhempien hyvinvoinnin arvioimiseksi olivat lisääntyneet. Perhevalmennuksen järjestäminen näyttää vähentyneen.

Neuvoloiden henkilökunta on varsin motivoitunutta työhönsä. Monessa terveyskeskuksessa ongelmana ovat riittämättömät terveydenhoitajien ja etenkin lääkäreiden henkilöstöresurssit. Puutetta on myös monesta muusta henkilöstöryhmästä. Moniammatillista työtä tehdään, mutta se on usein tapauskohtaista, ei ennalta suunniteltua. Tavoitteeksi asetettu lapsiperhepalvelujen verkostoiminen perhepalveluverkostoiksi tai keskuksiksi on edennyt muutamassa vuodessa. Perhetyöntekijöiden palvelut ovat selvästi lisääntyneet ja suurin osa terveyskeskuksista järjesti palvelut vuonna 2007.

Niukkojen voimavarojen vuoksi neuvola ei pysty riittävän hyvin tunnistamaan erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestämään tarvittavia tukitoimia. Vain neljäsosa terveyskeskuksista seurasi erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrää vuonna 2007. Tällöin ongelmien varhainen tunnistaminen ja tukitoimien järjestäminen eivät onnistu. Palveluja tulisi kuitenkin kohdentaa nykyistä enemmän niitä tarvitseville muun muassa terveyserojen kaventamisen ja mielenterveyden edistämisen näkökulmasta.

Ehkäisyneuvonta

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toiminta ohjeistettiin yksityiskohtaisesti ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan. Vuonna 1995 noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvontaa, kolmannes hoiti sitä väestövastuista ja kolmanneksessa järjestely oli jotakin siltä väliltä. Vuonna 2005 suurin osa terveyskeskuksista oli järjestänyt ehkäisyneuvonnan äitiysneuvolaan yhdistetyssä perhesuunnittelu- tai ehkäisyneuvolassa. Erillinen ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvola oli kolmasosassa terveyskeskuksia.

Ehkäisyvälineiden käytössä on selviä puutteita, sillä raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien määrät ovat tilastojen mukaan lisääntyneet 1990-luvun puolivälin jälkeen etenkin nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Kaksi kolmasosaa kaikista klamydiatartunnoista on alle 25-vuotiailla.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ensimmäisen kansallisen toimintaohjelman sek-

suaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi vuosina 2007 - 2011 (STM 2007:17). Toimintaohjelmassa on esitetty toimenpiteitä raskauden ehkäisypalvelujen kehittämiseksi, sukupuolitautilien torjumiseksi sekä seksuaaliväkivälistä integroimiseksi kaikkiin terveyspalveluihin.

Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö

Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö toteutuu useimmiten terveyskeskuspsykologien, neuvolan, kouluterveydenhuollon ja työterveyspalvelujen kautta. Sen volyymista ei ole tarkkaa tietoa. Terveyskeskuspsykologien toimenkuvassa ehkäisevä työ on vähentynyt korjaavan, hoitavan työn kustannuksella. Ehkäisevää mielenterveystyötä tehdään myös perusterveydenhuollon ja kouluterveydenhuollon vastaanotoilla muun muassa terveys- ja kehityksen yhteydessä. Kasvun ja kehityksen ongelmien ja mahdollisten psyykkisten häiriöiden varhainen tunnistaminen on myös ehkäisevää mielenterveystyötä.

Raittiustyölaki (828/1982) velvoittaa valtion ja kunnat luomaan yleiset edellytykset ehkäisevälle päihdetyölle. Sen mukaan kunnassa tulee olla erityinen toimielin, jolle raittiustyöasetus (233/1983, muutos 807/1992) antaa muun muassa tehtäväksi toimia yhteistyössä kunnan koulu-, sosiaali-, terveys- ja vapaa-aikatoimen kanssa päihteiden käytön ja muita terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Päihdehuoltolaissa (41/1986) on myös ehkäisyvelvoite, jossa korostuu elinoloihin ja elämäntapoihin vaikuttaminen.

Lääkinnällinen kuntoutus

Kuntoutuksen keinoin tähdätään ihmisen toimintakyvyn ja työkyvyn paranemiseen ja säilymiseen, osallisuuteen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämän eri tilanteissa. Kunnan velvollisuus järjestää asukkaalleen lääkinällistä kuntoutusta määrättyä yksilöllisesti arvioitua kuntoutustarpeen mukaan. Lääkinnällinen kuntoutus on ollut laajasti ottaen osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa ja hoitotakuun enimmäisajat koskevat myös julkisessa terveydenhuollossa järjestettävää lääkinällistä kuntoutusta.

Suomessa lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään useiden eri järjestelmien perusteella ja sen järjestämis- ja kustannusvastuu on jakautunut eri tahoille. Kuntoutusjärjestelmän pääperiaatteena on, että kuntoutus järjestetään yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän osana, jolloin se ulottuu usealle hallinnon ja toiminnan alalle. Sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi ja työhallinto järjestävät palvelu- ja koulutustehtävänsä kuuluvaa kuntoutusta. Kunnan tehtävänä on järjestää lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen (Kela) tehtäväksi (KTL 14.1 § 2 kohta). Kansaneläkelaitos ja lakisääteistä vakuutusta hoitavat työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset vastaavat sosiaalivakuutukseen perustuvasta kuntoutuksesta. Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluu terveydenhuollon tehtäviin, usein myös silloin kun jokin muu taho vastaa kuntoutuksen järjestämisestä. Samalla kun kuntoutus on yhteensovitettu osaksi yleisiä palveluja ja sosiaaliturvaa, on se oma erikoistunut alueensa näiden järjestelmien sisällä. Yksittäisen ihmisen kuntoutuskokonaisuus koostuu usein monen eri tahon palveluista ja etuuksista.

Hoitoon pääsyn turvaamista koskevien lainmuutosten yhteydessä lisättiin erillinen velvoite siitä, että potilaalle on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Julkisessa terveydenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma voi olla ehtona muiden tahojen kuntoutuksen järjestämiselle tai etuuksien maksamiselle.

Nykyisessä lainsäädännössä lääkinnällisestä kuntoutuksesta on säädetty samansisältöisesti sekä kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoitolaissa. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991, kuntoutusasetus) määrittelee kuntoutuksen seuraavasti: ”Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.” Lisäksi asetuksessa on määritelty tarkemmin lääkinnällisen kuntoutuksen vakiintuneet palvelut.

Kuntoutuspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat tahot voivat tuottaa

kuntoutuspalvelut itse tai ostaa niitä muilta palvelujen tuottajilta. Julkiset hankintayksiköt kuten sosiaali- ja terveydenhuolto, työhallinto ja Kela noudattavat palveluja hankkiessaan hankintalakia. Kuntoutuspalvelujen tuottajia ovat julkisella sektorilla terveys- ja sosiaalikeskukset, sairaalat, sosiaalihuollon laitokset, oppilaitokset ja työhallinnon toimintayksiköt. Yksityisiä palveluntuottajia ovat kuntoutuslaitokset, fysikaaliset ym. hoitolaitokset, kansanterveys- ja vammaisjärjestöt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat. Kuntoutusta järjestävät edellä mainittujen lisäksi valtiokonttori, vakuutuslaitokset, työterveyshuolto ja ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Karkean arvion mukaan noin puolet kuntoutuspalveluista tuotetaan julkisella sektorilla ja toinen puoli yksityisesti.

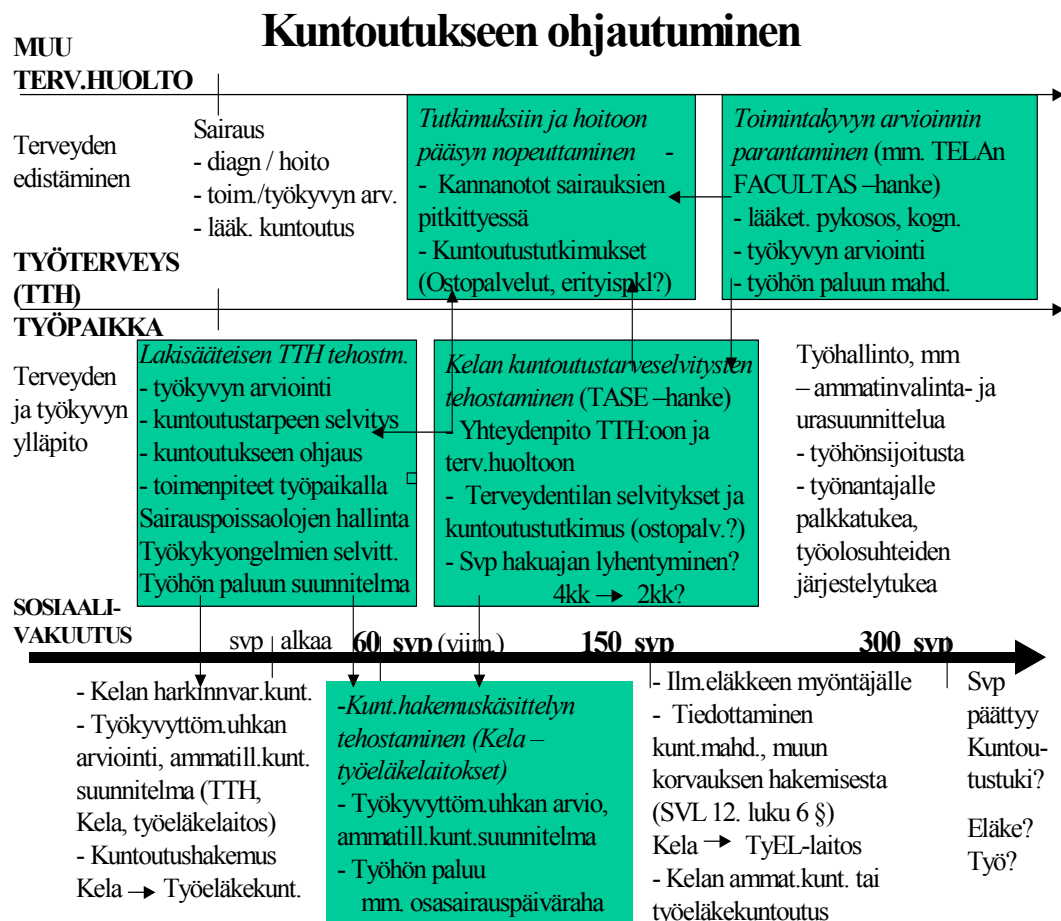
Kuntoutus on pitkäjänteistä työtä, jossa yhdistyy eri viranomaisen rahoittamia ja eri organisaatioiden tuottamia palveluja kuntoutujan tarpeista lähteväksi kokonaisuudeksi. Kuntoutus on monialaista ja moniammatillista toimintaa. Eri organisaatioissa työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon, kasvatustalon ja opetustoimen tai yhteiskuntatieteellisen koulutuksen saaneita ammattilaisia.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy kuntoutusneuvonta ja ohjaus, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset, työ- ja toimintakykyä edistävät, ylläpitävät ja parantavat terapiat ja kuntoutusjaksot sekä kuntoutuskurssit laitos- tai avohoidossa, apuvälinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus. Nykyisessä kuntoutusasetuksessa säädetään tarkemmin lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä, palveluista, suunnittelusta ja seurannasta sekä apuvälineistä. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat muun muassa fysioterapia ja toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet (kuntoutusasetus 3.2 §).

Jos erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiiriin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, sairaanhoitopiiriin tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet oh-

jataan tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työhallinnon- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palvelujen piiriin yhteistyös-

sä niitä järjestävien tahojen kanssa. Vastuu-jako muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määritellään yksilöllisessä kuntoutus-suunnitelmassa.



Kuvio 1. Kuntoutukseen ohjautuminen kuntoutusasiain neuvottelukunnan kuvaamana

Kuntoutuspalvelujen järjestämis- ja kustannusvastuut ovat monikanavaisia. Kelalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää vajaa-kuntoisten ammatillista kuntoutusta ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Kelan kuntoutuksen perustana on laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005), joka tuli voimaan lokakuun alussa 2005.

Kelan järjestämä lakisääteinen lääkinnälli-

nen kuntoutus tarkoittaa vaikeavammaisten alle 65 -vuotiaiden kuntoutusjaksoja avo- ja laitoshoidossa (siis käytännössä terapioita ja kuntoutuslaitoshoitoja, terveydenhuolto huolehtii muun muassa apuvälineistä ja kuntoutusohjauksesta) Kelan lääkinnällistä kuntoutusta sai 21 420 vaikeavammaista, joista noin kolmannes alle 16 -vuotiaita. Kelan kustannus kaikilta oli 101,7 miljoonaa euroa eli vajaa 5 000 euroa kuntoutujaa kohti.

Kela järjestää kuntoutusta kaikkiaan noin 88 000 henkilölle (lakisääteinen vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus ja vajaa-kuntoisten ammatillinen kuntoutus sekä har-kinnanvarainen kuntoutus). Julkinen terveydenhuolto järjestää lääkinällistä kuntoutusta ehkä noin 500 000 henkilölle.

Tapaturma- ja liikennevakuutus korvaa lääkinällisestä kuntoutuksesta aiheutuvat kustannukset julkiselle tai yksityiselle palveluntuottajalle. Korvausvelvollisuutta täsmen-nettiin tammikuun alusta 2005 voimaan tulleen tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten sairaanhoidon korvauksen täysikustannusvas-tuun mukaisesti.

Julkisen sektorin kuntoutuksen rajapinta Kelan ja muiden vakuutusjärjestelmien kuntoutukseen on monimutkainen. Käytännössä perusterveydenhuollon järjestämässä kuntoutuksessa painottuvat fysioterapia- ja apuvä-linepalvelut, jonkin verran järjestetään puhe- ja toimintaterapiapalveluja. Yksityinen sekto-ri ja järjestöt tuottavat näitä osin ostopalve-luina sekä SV3 f-menettelyllä eli antamalla potilaille lähete Kelan subventoimaan kun-toutukseen (arviolta 40-50 prosenttia terveyskeskuslääkärin läheteellä).

Kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetun lain (497/2003) tarkoituksena on auttaa kun-toutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kun-toutuspalvelut ja tässä tarkoituksessa edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja lai-tosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja osallis-tumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. Laissa säädetään eri hallin-nonalojen yhteistyötä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytavoista.

Läskinällisen kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa potilasta, asiakasta tai kuntoutujaa saavuttamaan paras mahdollinen toimintaky-ky ja keinot oman elämän hallintaan. Kun-toutus edellyttää aina monialaista ja mo-niammatillista yhteistyötä. Kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuvat varsinaisten kuntoutustyönteki-jöiden ohella myös hoitotyön henkilöstö, lää-kärit ja muut terveydenhuollon, sosiaalihuol-lon ja ammatillisen kuntoutuksen asiantunti-

jat.

Potilaalle laaditaan yhdessä hänen ja/tai hänen omaistensa tai läheistensä kanssa kir-jallinen kuntoutussuunnitelma, jossa määri-tellään kuntoutuksen tavoitteet sekä tarpeelli-set kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työhallinnon ja opetusviran-omaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja mui-den kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi myös määri-tellä nämä vastuutahot ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut nykyistä selke-ämmin, jotta ne voidaan sovittaa yhteen ter-veydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta vastaa lääkäri ja sen toteutumista seurataan ja arvioidaan määräajoin. Kuntoutussuunnitel-massa hyödynnetään kuntoutus- ja erityis-työntekijöiden potilaille tekemiä tutkimuksia, arvioita ja suunnitelmia. Kuntoutujan kanssa sovitaan lääkinällisen kuntoutuksen toteu-tumisen kannalta tarpeellisesta yhteydenpi-dosta. Tarvittaessa kuntoutujalle nimetään yhdyshenkilö.

Pääosa terveydenhuollossa tapahtuvasta kuntoutuksesta on lääkinällistä kuntoutusta, johon määritellään kuuluvaksi muun muassa fysio-, toiminta-, psyko- ja puheterapia sekä kuntoutusohjaus ja kuntoutustutkimus työ- ja toimintakyvyn arviointineen ja työkokeiluineen, apuvälinepalvelu ja neuropsykologinen kuntoutus (kuntoutusasetus). Kuntoutuksen keinoja ovat myös preventiiviset palvelut. Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa on jo laa-jalti käytössä kansainvälinen ICF luokitus.

Keskeinen lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluva alue on apuvälinepalvelut. Apuväli-neiden tarve, merkitys ja mahdollisuudet it-senäisen suoriutumisen tukemisessa kasvavat rajusti lähivuosina. Syynä ovat ikääntyneiden määrän lisääntyminen ja kehittyvän teknolo-gian tuomat uudet apuvälineet. Apuvälinei-den saatavuus -selvityksen (Töytäri 2007) mukaan yli puolet lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden saajista oli yli 65 -vuotiaita. Kaikista eläkeikäisistä noin joka toinen käyttää jotain apuvälinettä (Sulander ym. 2006). Suhteutettuna apuvälineiden käy-tön nykytilanne vuoden 2012 väestöennus-teeseen Suomessa on tuolloin 600 000 yli 65-vuotiasta apuvälineen tarvitsijaa. Vuonna 2005 terveydenhuolto käytti noin 59 miljoo-

naa euroa apuvälinehankintoihin.

Apuvälinepalveluihin kuuluvat apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitukset, muutostyöt, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto ja tarvittaessa kuljetus apuvälineen luovutuksen ja huollon yhteydessä.

Apuvälineiden saamisen edellytyksenä on lääkärin toteama sairaus, vamma tai toiminnanvaja ja sellaisen aiheuttama apuvälineen tarve. Apuvälineen tarpeen voi todeta ja sen luovuttamisesta päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä sovitun työnjaon mukaisesti. Tarpeen arviointi perustuu henkilön kokonaistilanteeseen, jossa huomioidaan henkilön toimintakyky, elämäntilanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä hänen saamansa muut palvelut.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluva apuväline on väline (mukaan lukien laitteet, tarvikkeet, instrumentit, tekniikat ja ohjelmistot), joka on erityistarkoitukseen valmistettu tai yleisesti saatavilla oleva, ja joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin kun toimintakyky on lääikinnällisin perustein todetun toimintajavuuden tai ikääntymisen takia heikentynyt. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Apuväline hankitaan mahdollistamaan ihmisen toimintaa. Apuvälineet voivat vähentää muiden palvelujen ja tukitoimien tarvetta, aikaansaadak taloudellisia säästöjä, helpottaa avustavien henkilöiden työtä ja parantaa työturvallisuutta. Apuvälineet mahdollistavat ja tukevat henkilön itsenäistä selviytymistä hänen omassa työ- ja elinympäristössään.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisemassa Apuvälinepalvelujen laatusuosituksessa (2003) edellytetään sairaanhoitopiirejä sopimaan alueella apuvälinepalvelujen keskittämisestä, työn- ja vastuunjaon sopimisesta ja toimintatapojen yhtenäistämisestä. Apuvälinepalvelujen tulee olla käyttäjälähtöisiä, oikea-aikaisia, ja yhtenevin perustein tapahtuvaa. Palvelujen tehokas järjestäminen edellyttää organisaatioiden välistä työnjakoa, yhtenäisiä hankintamenettelyjä käytettävissä olevin voimavaroin. Soveltamiskäytäntöjen yhtenäistämisel-

lä on tärkeä kuntalaisten yhdenvertaisuutta lisäävä merkitys.

Kuntoutusjärjestelmän kehittämisessä ja kuntoutuksen kohdentamisessa erityistä huomiota tulisi kiinnittää työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen, päihde- ja mielenterveyskuntoutujiin, työmarkkinoilta syrjäytyvien työllistymiseen, sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin, oppimisvaikeuksissa oleviin lapsiin ja syrjäytymisuhan alaisiin nuoriin sekä ikääntyvään väestöön. Erityisesti kuntoutukseen ohjautumista ja varhaista kuntoutuksen käynnistymistä on tehostettava. Epätietoisuus kuntoutuksen kustantajatahosta ja kuntoutujan siirtely toimijalta toiselle antaa aihetta selkeyttää kuntoutuksen järjestämisvastuuta ja kuntoutuksen koordinaatiota.

Mielenterveys

Mielenterveyslain mukaan mielenterveys-työllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut).

Mielenterveysongelmia voidaan kutsua yleisyytensä ja välittömien ja välillisten elämäntyytyväisyyden, terveyden ja kansantaloudellisten merkityksiensä vuoksi kansansairauksiksi. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä etenkin masennus- diagnoosilla on vahvasti lisääntynyt vuodesta 1980-luvun lopulta saakka ja jatkaa edelleen nousua (Honkonen ym. 2007). Päihteiden väärinkäytöstä johtuvat terveyshaitat ja ennenaikaiset kuolemat ovat lisääntyneet. Lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen ja erityisopetuksen tarve on voimakkaasti lisääntynyt (Sourander ym. 2008, Pylkkänen 1997). Vanhusväestön mielenterveyspalvelujen kysyntä tulee tulevaisuudessa kasvamaan väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi.

Erikoissairaanhoitolain muutos 1991 toi psykiatrian erikoisalaksi muiden erikoisalojen rinnalle sairaanhoitopiireissä. Tämä on

ollut pääosin positiivinen muutos, mutta samanaikainen psykiatrian avohoitopalvelujen siirtyminen kuntiin ilman riittävää yhteensovittamista muiden psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen ja perusterveydenhoidon psykiatrisen työn kanssa on aiheuttanut hoitoketjujen ja -järjestelmän sekä rahoituksen pirstaloitumisen.

Terveyskeskuksessa annetut mielenterveyspalvelut voidaan jakaa kahteen ryhmään: normaali terveyskeskuksen toiminta ja toiseksi osana terveyskeskusta toimivien erikoissairaanhoitoon kuuluvien mielenterveystoimistojen ja -keskusten toiminta. Jälkimmäinen toiminta ei ole kansanterveystyötä vaan erikoissairaanhoitoa.

Noin 50 prosenttia maamme kunnista on järjestänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja ainakin osittain kunnan omana toimintana perusterveydenhuollon yhteyteen. Näiden kuntien väestöpohja on yli 50 prosenttia väestöstä, koska suurista kaupungeista muun muassa Helsinki, Turku ja Oulu järjestävät psykiatrisia palveluja omana toimintanaan.

Kansanterveystyön mukaiseen perusterveydenhuollon psykiatriseen työhön kuuluu häiriöiden ennalta ehkäisy, tunnistaminen ja varhainen hoito. Yhtenä esimerkkinä viime vuosien perustason psykiatrisen hoidon kehittämisestä on Vantaan Sateenvarjoprojektissa kehitetty toimintamalli, johon kuuluu oleellisesti terveyskeskuslääkäreiden kanssa tiivistä yhteistyötä tekevä depressiohoitaja ja hänen tukena toimiva konsultoiva psykiatri. Edelleen tulisi kehittää psyykkisten häiriöiden ennalta ehkäisyä, varhaista tunnistamista ja perustason hoitointerventioita. Tärkeinä alueina voidaan mainita muun muassa lasten ja nuorten ongelmien varhainen tunnistaminen ja haitalliseen terveyskäyttäytymiseen puuttuminen koulu- ja opiskelijaterveydenhoidossa, aikuisten päihde- ja mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja riskivanhemmuuden tukeminen.

Valtaosa väestön psyykkisistä ongelmista voidaan hoitaa perustasolla (terveyskeskuksissa, opiskelija- ja työterveyshuolloissa) riittävän yhteistyön, koulutuksen, työnohjauksen ja psykiatrisen konsultaation turvin. Myös niiden psykiatristen potilaiden kokonaisvaltainen hoito, jotka eivät enää tarvitse

aktiivista erikoissairaanhoitoa, tulisi tapahtua perustasolla.

Mielenterveyslain mukainen avohoitopalnotteinen psykiatrinen avohoito ei ole toteutunut. Palvelujen pirstoutuminen on luonut osittain liian pieniä yksiköitä, jotta erikoistunut, pitkäjänteistä erikoissairaanhoitoa olisi voitu toteuttaa vakavien psyykkisten sairauksien kuten esimerkiksi ensipsykoosit, syömishäiriöt ja kaksisuuntainen mielialahäiriö -hoidossa. Myös liikkuvaa työtapaa, kotiin vietyä intensiivistä hoitoa toteutetaan niukasti. Tehtyjä käypä-hoito suosituksia ei ole viety käytäntöön. Hoitoratkaisuissa ovat vaikuttaneet sekä taloudelliset resurssit että tarjolla oleva osaaminen.

Psykiatrinen sairaalahoito on tehostunut osastopaikkojen vähenemisen ja hoitajaksojen lyhenemisen myötä, mutta esimerkiksi pakkohoitotoimenpiteitä toteutetaan runsaasti. Viime vuosikymmenenä etenkin nuorisopsykiatriset sairaansijat ovat lisääntyneet. Avohoidon riittämättömyys lisää todennäköisesti sairaalahoitoa käyttöä.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla psykiatrisella päädiagnoosilla hoidettavat potilaat ovat olleet pääosin dementiapotilaita, päihteiden väärinkäyttäjää, skitsofreniapotilaita ja depressiopotilaita.

Mielenterveydenhäiriöt ovat usein pitkäkestoisia. Varhainen ja asianmukainen hoito on tehokasta häiriön pitkittymisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyä. Mielenterveyteen liittyvä kuntoutus on perusterveydenhuollon toimintana suhteellisen vähäistä ja jäsentymätöntä. Siitä vastaa lähinnä kotisairaanhoito, mutta pitkäaikaipotilaiden porrasteiseen arkielämässä selviytymiseen ja parhaimmassa tapauksessa työllistymiseen tähtäävään kuntoutukseen perusterveydenhuolto ei yleensä osallistu. Kuntoutuskoti-palvelut tuottaa yleensä kolmas sektori, usein irrallaan muusta mielenterveysyöstä.

Päihdetyö

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on järjestettävä päihdepalveluja kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon erityispalveluina. Vastuu palveluista on kunnan sosiaali- ja terveyslauta-

kunnalla. Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja pistosvälineiden vaihto on annettu tartuntatautiasetuksessa (786/1986) tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavalle kunnalliselle toimielimelle ja sen alaisena terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavalle lääkärille.

Perusterveydenhuolto on ottanut vastuuta päihdetyöstä esimerkiksi varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisystä (mini-interventio) ja katkaisuhoidon järjestämisestä, mutta terveydenhuollossa toteutettavien päihdepalvelujen saatavuus vaihtelee paljon alueittain.

Mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta erityisesti depressio, ahdistushäiriöt, päihteiden väärinkäyttö sekä alaikäisten psykososiaalinen oireilu ovat suuria kansanterveysongelmia ja näin ollen niiden hoitamisen ensisijainen vastuu tulisi kuulua peruspalveluille. Päihdeongelmissa vastuu jakaantuu sekä perusterveydenhuollolle että sosiaalitoimelle. Terveyskeskusten mahdollisuudet ja halukin näiden sairauksien hoitoon on ollut riittämätön, mikä on johtanut siihen, että ne ovat tarpeettomasti kuormittaneet psykiatrasta erikoissairaanhoidoa. Erityisen puutteellista tämä on ollut alaikäisten psykososiaalisen oireilun kohdalla.

Päihdehuollon erityispalvelujen käyttöä on rajoittanut kuntien sosiaalitoimen varaamien resurssien loppuminen jo kesken vuoden. Viime vuosina yleistyneet depressio- ja päihdehoitajat ovat paikoitellen korjanneet tilanetta, mutta edelleenkin erityisesti terveyskeskuslääkäreiden valmiudet hoitaa näitä sairauksia eivät ole useinkaan vastaavat kuin valmiudet hoitaa somaattisia kansansairauksia.

Suurimmassa osassa yli 20 000 asukkaan kuntia on tarjolla avomuotoisia päihdehuollon erityispalveluja, mutta alle 20 000 asukkaan kunnissa vain harvassa on avomuotoisia erityispalveluja. Niissä päihdepalvelut hoidetaan yleensä osana peruspalveluja. Järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat toteuttavat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista.

Ensihoito, sairaankuljetus ja päivystys

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 3 kohdassa sairaankuljetuksen järjestäminen sekä lääkinnällisen pelastustoiminnan ja tar-

vittavan sairaankuljetusvalmiuden järjestäminen ja ylläpitäminen, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, on säädetty kunnan tehtäväksi.

Kunnat voivat järjestää sairaankuljetuksen omana toimintanaan, tai sopia sen hankkimisesta kuntayhtymältä, toiselta kunnalliselta palveluntuottajalta (pelastuslaitos) tai yksityiseltä liikkeenharjoittajalta. Sairaankuljetuksesta säädetään tarkemmin sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa (565/1994). Asetuksen mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on ohjata ja valvoa perustason ja osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa. Sairaanhoidopiiriin tehtävänä on ohjata ja valvoa osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 1 §:n 2 momentin mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan muun muassa lääkinnälliseen pelastustoimintaan kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä annetun valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) 7 §:n 2 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida muun muassa alueen päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

Meripelastuslakia (1145/2001) sovelletaan merellä vaarassa olevien ihmisten etsimiseen ja pelastamiseen, heille annettavaan ensiapuun sekä vaaratilanteeseen liittyvän radioviestinnän hoitamiseen merialueella, joka käsittää Suomen aluevedet, niillä olevan saariston sekä aluevesiin välittömästi liittyvän kansainvälisen merialueen osan, josta on naapurivaltioiden kanssa erikseen sovittu. Meripelastuslain mukaan sosiaali- ja terveysviranomaisten tehtävänä meripelastustoimessa on lääkinnällisen pelastustoiminnan palvelujen järjestäminen ja ylläpitäminen sekä pelastettujen psykososiaalisesta huollosta huolehtiminen. Meripelastuslaissa säädetään valmiusvaatimuksista siten, että meripelastustoimen päivystysvalmiudessa olevalla helikopterilla tulee voida suorittaa etsintä- ja pelastustehtävään liittyviä perustason sairaankuljetuksia.

Luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä

annetun lain (343/1991) mukaan henkilöiden kuljettamiseen sairausautolla korvausta vastaan tarvitaan liikennelupa, lukuun ottamatta sairaankuljetusta valtion, kunnan, kuntayhtymän tai sairaalan hallinnassa olevalla sairausautolla. Yksityinen sairaankuljetus ei kuulu yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain soveltamisalaan.

Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta on muodostunut osaksi vakiintunutta ja toimivaa ensihoito- ja pelastuspalvelua. Toimintaa sääntelevät Ilmailulaki (1242/2005), Yhteis-eurooppalainen ilmailumääräyssarja JAR OPS 3, Rajavartiolaki (578/2005), mutta terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole helikopteritoimintaa koskevia erityissäännöksiä. Suomessa toimii kuusi lääkäri- ja pelastushelikopteria: ASLAK Sodankylässä, ILMARI Varkaudessa, Medi-Heli 01 Vantaalla, Medi-Heli 02 Turussa, PETE Vaasassa ja SEPE Oulussa.

Lääkäri- ja pelastushelikoptereiden lento-toiminta rahoitetaan Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta lentotoimintaa ylläpitäville yhdistyksille myönnettävin avustuksin. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit vastaavat lääkinnällisen toiminnan kustannuksista. Sisäasiainministeriö rahoittaa sopimukseen perustuen etsintä- ja pelastustoiminnan tehtävät suoritusperusteisesti, joihin ne sitoutuvat vuosittaisen budjettinsa kautta. Kansaneläkelaitos maksaa kustannusten korvauksia helikopterilla suoritetuista sairaankuljetuksista sairausvakuutuslain perusteella.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käsitteet on määritelty sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa. Käytännössä sairaankuljetuksesta on muodostunut yläkäsite, jolla nykyään tarkoitetaan ensihoitojärjestelmässä tapahtuvaa eri toimijoiden suorittamaa potilaan tilanarviota, hoitoa ja kuljettamista sairaankuljetusajoneuvolla. Lääkinnällisen pelastustoiminnan käsitettä ei ole määritelty lainsäädännössä. Käytännössä sillä tarkoitetaan terveydenhuollon äkillisten tilanteiden hoitamiseksi tarvittavaa toiminnallista osaa, kuten tapahtumapaikalla hoitolaitosten ulkopuolella annettavaa ensiapua ja ensihoitoa, potilaan kuljetusta ja hoitoa kuljetuksen aikana, sekä välitöntä ensihoitoa sairaalassa. Muita lääkinnällisen pelastustoiminnan osia ovat muun muassa terveyskeskusten ja sairaaloiden

valmius- ja lääkintäryhmät, sopimuksen mukaiset vapaaehtoiset ensiapuryhmät sekä näiden ohjaamiseen tarvittavat johtamis-, tietoliikenne-, asiantuntija- ja tukijärjestelmät.

Nykyisessä lainsäädännössä ei ole säännöksiä ensivastetoiminnasta. Ensivasteyksiköllä tarkoitetaan käytännössä hätäkeskuksen hälytettävissä olevaa muuta ajoneuvoa kuin ambulanssia, kuten esimerkiksi paloautoa, joka tavoittaa hätätilapotilaan nopeammin kuin lähin ambulanssi. Ensihoitoa ja sairaankuljetusta koskeva käsitteistö on jäänyt puutteellisesti määritellyksi toiminnan kehittyttyä.

Suun terveydenhuolto

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan kuntien tulee ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito. Sairausvakuutus täydentää julkista terveydenhuoltoa korvaamalla osan yksityisen terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä vakuutetulle syntyneistä kustannuksista.

Suun terveydenhuollossa käyneiden osuudet aikuisväestössä ovat olleet kasvussa ja lisäys on kohdistunut terveyskeskuksiin. Vuonna 2006 suun terveydenhuoltopalveluja käytti noin 1,9 miljoonaa henkilöä. Lisäystä oli vuoteen 2005 verrattuna 1,2 prosenttia. Vuonna 2002 terveyskeskusten suun terveydenhuollossa 18-vuotta täyttäneitä kävi hoidossa enemmän kuin alle 18-vuotiaita. Erityisesti lasten ja nuorten suun terveydenhuollon hoitokäynnit ovat vähentyneet. Sen sijaan aikuisten hoitokäyntien määrä on tasaisesti noussut. Suun terveydenhuoltokäyntien kokonaismäärä on pysynyt noin viidessä miljoonassa käynnissä. Lasten tarkastuksia on vähennetty hammaslääkäreiltä tai niitä on siirretty suuhygienisteille. Lainmuutosten myötä työn painopistettä on siirretty enemmän aikuisten hoitamiseen.

Muutoksista huolimatta alle 18-vuotiaista 74 prosenttia oli vuonna 2006 käynyt hoidossa, kun vastaavasti 18-vuotta täyttäneistä oli 25 prosenttia käyttänyt terveyskeskusten palveluja. Hoidossa käyneiden osuudet ovat kasvaneet voimakkaimmin ikäryhmissä, jotka tulivat vuonna 2001 tapahtuneen lainsäädäntöuudistuksen johdosta palvelujen piiriin

ja joiden edellisestä hoitokäynnistä oli kulu-
nut aikaa keskimääräistä enemmän. Lainsäädäntöuudistuksessa kansanterveyslakia muutettiin suun terveydenhuoltoa koskien muun muassa siten, että hoitoon pääsyn perusteena ei enää ollut ikä, vaan kunnan velvollisuutena on järjestää hammashuollon palvelut samaan asemaan muun terveydenhuollon palvelujen kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella.

Aikuisten suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on edellyttänyt toimintakäytäntöjen ja työnjaon uudistamista terveyskeskuksissa. Käynnit suuhygienistillä ovat kasvaneet vuodesta 1994 lähtien sekä alle 18-vuotiailla että 18 vuotta täyttäneillä. Lasten suun terveystarkastuksia on vähennetty hammaslääkäreiltä ja niitä on siirretty suuhygienisteille. Myös aikuisten käynnit suuhygienisteille ovat lisääntyneet. Käyntimäärät ovat kasvaneet, koska suuhygienistien määriä on lisätty.

Alueelliset erot ovat edelleen suuret ja väestöön suhteutettuja suun terveydenhuollon käyntejä oli vuonna 2006 eniten palveluja tuottaneen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa 1,4 -kertainen määrä verrattuna vähiten suun terveydenhuollon käyntejä tuottaneen sairaanhoitopiirin terveyskeskuksiin.

Hoitotakuun toteutumisessa on suun terveydenhuollossa ongelmia erityisesti isoissa kaupungeissa sekä terveyskeskuksissa, jotka kärsivät työvoimapulasta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä jonottaneita oli terveyskeskuksissa maaliskuussa 2008 noin 11 800 henkilöä.

Maaliskuussa 2008 väestöstä vain 19 prosenttia asuu sellaisten terveyskeskusten alueella, missä suun ammattihenkilöstön pula ei haittaa hoitotakuun toteutumista. Terveyskeskuksista 62 prosenttia ilmoitti, että hammaslääkärripula vaikeuttaa hoitotakuun toteutumista. Viidesosassa terveyskeskuksia myös suuhygienistipula ja 13 prosentissa hammashoitajapula vaikeuttavat hoitotakuun toteutumista.

Suun terveydenhuoltoa on huomattavalta osin järjestetty yksityisen suun terveydenhuollon piirissä. Vuonna 2006 yksityisessä suun terveydenhuollossa sai sairausvakuu-

tuksesta tuettua hoitoa yli miljoona asiakasta. Puolet yli 17-vuotiaista suun terveydenhoidossa käyneistä sai hoitonsa yksityis-
sektorilla. Naiset saivat hammashoidon korvauksia miehiä enemmän. Eniten korvauksia maksettiin 40-64-vuotiaille. Korvausten saajien määrät jakautuvat sairaanhoitopiireittäin siten, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alueilla noin 340 000 vakuutettua sai korvausta. Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien alueilla runsaat 100 000 vakuutettua sai korvausta. Vähiten saajia oli Itä-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla.

Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuoltoon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisuuden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus.

Kouluterveydenhuolto on määritelty Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (STM 2004:8). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen sisältämät asiat eivät toteudu kokonaisuudessaan minkään läänin alueella. Valtiontalouden tarkastusvirasto (tarkastuskertomus 136/2006) ja apulaisoikeuskansleri (apulaisoikeuskanslerin päätös, Dnro 6/50/06) ovat ottaneet tarkastuskohteekseen kouluterveydenhuollon toteutumisen. Tarkastusvirasto toteaa, että vaikka kouluterveydenhuollon kokonaiskustannuksista ei ole saatavissa tarkkoja tietoja, niin kouluterveydenhuollon voidaan katsoa kuitenkin olevan sekä välitöimiltä että erityisesti välillisiltä valtiontaloudellisilta vaikutuksiltaan merkittävä kokonaisuus. Lisäksi kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa ja laadussa on havaittu huomattavaa vaihtelua kuntien välillä. Kouluterveydenhuollon toteutuminen asianmukaisesti ja yhdenvertaisuuden edellyttämällä tavalla vaatii apulaisoikeuskanslerin mielestä nykyistä velvoittavampaa ohjauskeinoa.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämissuhteiden (Stakes) kahden vuoden välein tekemä Kouluterveyskysely antaa valta-

kunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14-18 -vuotiaiden elinoloista, koulukoke- muksista, terveydestä ja terveystottumuksis- ta. Kouluterveyskyselyllä tuetaan nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, eri- tyisesti koulujen oppilashuollon ja kouluter- veydenhuollon kehittämistä. Stakes on selvit- tänyt palvelujen saatavuutta myös Terveys- keskuskyselyllä (2005) sekä Lasten ja nuor- ten ehkäiseviin palveluihin liittyvällä (2007) kyselyllä.

Stakesin tekemien selvitysten perusteella terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon palvelut on järjestetty vaihtelevilla tavoilla eikä yhdenmukaisia käytäntöjä ole, myös henkilöstön riittävyys vaihtelee. Kouluter- veydenhuollon ja opetustoimen yhteistyö on jäänyt suhteellisen vähäiseksi hallinnollisella tasolla. Kouluyhteisön ja -ympäristön ter- veellisuutta ja turvallisuutta ei arvioida suosi- tusten mukaan ja koulujen työolojen tarkas- tuksia on laiminlyöty. Moniammatillinen yh- teistyö sekä päättäjätasolla että työnteekijäta- solla on tärkeää (neuvola – kouluterveydenhuolto, kouluterveydenhuolto - opetustoimi).

Kouluterveydenhuollon määräaikaiset ter- veystarkastukset ja henkilöstön laskennalli- nen mitoitus ovat määritelty Koulutervey- denhuollon oppaassa ja laatusuosituksessa. Peruskoulun aikana on suositeltu tehtäväksi kolme laajaa terveystarkastusta, joiden lisäk- si ovat vuosittaiset terveystapaamiset. Laa- jaan terveystarkastukseen sisältyy opettajan arvio koululaisesta kouluyhteisössä, koulu- laisen ja hänen huoltajansa tapaaminen, kou- lulaisen haastattelu ja huoltajan kuvaus kou- lulaisen sekä perheen tilanteesta, terveyden- hoitajan ja lääkärin tutkimukset sekä yhteen- veto ja palaute. Kouluterveydenhuollon mu- kaiset oppilaiden määräaikaiset terveystar- kastukset eivät toteudu laatusuosituksen mu- kaisesti ja ne vaihtelevat kunnittain.

Kouluterveydenhuollon vastuulla olevista asioista on noussut epäselvyyttä esimerkiksi koulupäivän aikana ilmenevien sairauksien (diabetes, epilepsia) hoidon osalta. On kes- kusteltu myös, sisältyykö sairaanhoito koulu- terveydenhuollon terveydenhoito termin alle. Kunnissa esiintyy edelleen epäselvyyttä suun terveydenhoidon palveluista ja siihen liittyvi- en kuljetusten kuulumisesta kouluterveyden-

huoltoon.

Opiskeluterveydenhuolto

Opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, teh- tävät ja sisältö on määritelty Opiskelutervey- denhuollon oppaassa (STM 2006:12). Sosi- aali- ja terveysministeriön ja opetusministe- riön yhteisen työryhmän muistiossa (STM 2005:6) annettiin 25 suositusta, jotka koske- vat opiskeluterveydenhuollon käsitteitä, ta- voitteita ja sisältöä, palvelujen saatavuutta, tarvittavia henkilöstöresursseja ja puitteita, valtakunnallista kehittämistä, johtamista, opiskeluterveydenhuollon tilastointia ja seu- rantaa, ammattikorkeakoulujen opiskeluter- veydenhuollon järjestämistä ja palvelujen maksuttomuutta. Opiskeluterveydenhuoltoa tilastoidaan puutteellisesti. Kustannuksista ja henkilöstöstä ei ole olemassa valtakunnallista tilastotietoa. Opiskeluterveydenhuollon joh- tamiseen ja kehittämiseen ei kiinnitetä riittä- västi huomiota.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (STM 2002:25) perusteella tiedetään, että ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten opiskeluterveydenhuoltoa toteutetaan heikommin kuin lukiolaisten terveydenhuol- toa. Ammattikorkeakoulujen opiskelutervey- denhuolto vaihtelee kuntien välillä ja on suu- ressa osassa maata puutteellista sekä huom- attavasti jäljessä Ylioppilaiden terveydenhoi- tosäätiön (YTHS) tuottamasta yliopisto- opiskelijoiden terveydenhoidosta. Lisäksi täysi-ikäisille nuorille järjestetyn opiskelu- terveydenhuollon maksuttomuuden ja mak- sullisuuden kysymykset ovat kunnille ja kun- tayhtymille epäselviä.

Seurantatietoa terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä sekä opiskelijoiden omia ko- kemuksia terveydestään ja terveydentilastaan on saatu Stakesin Terveyskeskuskyselystä (2005) ja opiskelijajärjestöjen omista seuran- takyselyistä; Sairasta sakkia – ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005 (SAKKI 2005) ja Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004 (STM 2004:16).

YTHS järjestää yliopisto-opiskelijoille ter- veydenhoitopalveluja kansanterveyslain 14 §:n 6 kohdan mukaan; ”..yliopistojen ja am- mattikorkeakoulujen opiskelijoiden tervey- denhoito ja sairaanhoito sekä suun tervey-

denhuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla.” YTHS:n opiskeluterveydenhuollon palveluissa on ilmennyt epäselvyyttä ja erilaista tulkintaa, miten kokonaisvaltaisesti YTHS:n ja kuntien väliset sopimukset kattavat opiskelijoiden terveyspalvelujen tarpeen.

Opiskeluterveydenhuollon opas määrittelee kaikkien peruskoulun jälkeisten koulutusmuotojen opiskeluterveydenhuollon palvelujen sisällön. Opiskeluterveydenhuolto sisältää terveyden edistämisen, sairauden hoidon ja opiskeluympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta huolehtimisen. Opiskeluterveydenhuollon sisältö ja toteuttamistavat vaihtelevat ja oppilaitoksen terveydellisten olojen valvonta tarkastuskertomuksineen toteutuu huonosti. Epäkohtien korjaamisvastuussa on epäselvyyttä. Opiskelijat kokevat tarvitsevansa lisää neuvontaa muun muassa ravintoon, terveyteen, opiskeluun ja elämänhallintaan liittyen.

Seulonnat

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 9 kohdan mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää seulontaa siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Parhaimmillaan seulontaohjelmat ovat vaikuttava ja taloudellisesti perusteltu tapa edistää väestön terveyttä. Perusterveydenhuollossa seulontaa koskevien yhtäläisten periaatteiden puuttuminen on kuitenkin koettu ongelmana. Suomessa tarjotaan tällä hetkellä suuri määrä erilaisia seulontoja. Seulontoja toteutetaan joko kunnan/kuntien järjestämänä omana toimintana tai yksityiseltä ostettuna toimintana. Seulottavaksi ehdotettujen ja sairauksien ja tilojen määrä lisääntyy. Myöskin seulontamenetelmien määrä lisääntyy. Kuntien väliset erot seulontojen tarjonnassa kasvavat.

Kansanterveysasetus velvoitti kuntia järjestämään mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonnan 50 - 59-vuotiaille naisille ja kohdun kaulaosan syöpää ehkäisevän seulonnan 30 - 60-vuotiaille. Uusien rintasyöpien määrä on viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana nelinkertaistunut. Taudin ko-

honneesta ilmaantuvuudesta huolimatta rintasyöpäkuolleisuus on pysynyt muuttumattomana; tämän arvioidaan osittain johtuvan mammografiaseulonnan kautta tapahtuneesta varhaisesta toteamisesta ja hoidosta, osittain parantuneista hoitomenetelmistä. Kuntien velvollisuus järjestää mammografiaseulontaa 50 - 59-vuotiaille naisille perustuu vuonna 1992 annettuun kansanterveysasetukseen. Tämän lisäksi sai vuonna 2003 noin 24 prosenttia 60 - 69-vuotiaista naisista kutsun kunnan vapaaehtoisesti tarjoamaan rintasyöpäseulontaan.

Seulontaan kutsuttaville tarjottavan informaation sisällössä on puutteita ja myös tarjotun tiedon määrä vaihtelee huomattavasti seulontayksiköstä toiseen. Tiedottamisen sisältöä ja laatua onkin syytä parantaa ja yhtenäistää. Uusi asetus, joka tuli voimaan tammikuun 1 päivänä 2007 laajentaa rintasyöpäseulontaa 60 - 69-vuotiaille naisille ja täsmentää seulonnan sisältöä ja laatua.

Kohdunkaulan syöpää ehkäisevä väestöpohjainen seulonta aloitettiin Suomessa jo 1960-luvulla. Suomessa todetaan noin 150 - 160 uutta kohdunkaulan syöpää vuodessa, kuolemia tilastoidaan noin 50 - 70. Kohdunkaulan syövän esiastemuutoksia ja varhaisvaiheen syöpiä todetaan yksinomaan seulontaohjelmassa yli 600 joka vuosi. Organisoitulla perinteisellä 3 - 5 vuoden välein tehtävällä Papa -seulonnalla voidaan ehkäistä yli 80 prosenttia kohdunkaulan syöivistä ja niiden aiheuttamista kuolemista. Joukkotarkastusrekisterin seurannan mukaan kaikista kohdunkaulasyövän seulontakutsun saaneista noin 70 prosenttia osallistuu seulontaan, 30- ja 35 -vuotiaista kuitenkin viime vuosina vain noin puolet.

Kunnat järjestävät laajasti myös muita kuin kansanterveysasetuksessa määriteltyjä seulontoja. Tällaisia olivat muun muassa sikiön kromosomi- tai rakennepoikkeavuuksien seulonnat. Näissä seulonnoissa käytetyt menetelmät vaihtelevat huomattavasti eri kuntien välillä. Stakesin selvityksen mukaan mahdollisuus tunnistaa esimerkiksi rakennepoikkeavuuksia kaikututkimuksessa vaihtelee laitteiston, tutkijan kokemuksen, seulontajakohdan ja epämuodostuman vaikeusasteen mukaan. Stakes antoi jo vuonna 1999 seulontatutkimuksia ja yhteistyötä äitiyshuol-

lossa koskevat suosituksensa, joiden tarkoituksena oli yhtenäistää sikiöseulontoja. Tästä huolimatta käytännöt ovat edelleenkin erittäin kirjavat.

Valtioneuvoston tammikuussa 2007 voimaan tullut asetus velvoittaa kuntia järjestämään raskaana oleville varhaisraskauden yleisen ultraäänitutkimuksen, kromosomipoikkeavuuksien selvittämisen ja ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi. Kuntien velvoite on toteuttaa asetuksen sikiöseulontavaatimukset joulukuun 31 päivään 2009 mennessä.

Paksunsuolen syövän laaja seulontatutkimusprojekti käynnistyi Suomessa vuonna 2004. Siihen osallistuu jo 175 kuntaa. Lisäksi Suomi on vuodesta 1996 ollut mukana laajassa eurooppalaisessa eturauhassyövän seulontaprojektissa. Projektiin osallistuu 30 000 miestä pääosin Tampereen ja Helsingin alueelta. Tuloksia saadaan todennäköisesti vuonna 2008.

Lähi vuosina on ennakoitavissa geenitehtausmahdollisuuksien nopea lisääntyminen.

Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantaja voi järjestää työterveyspalvelut itse tai yhdessä muiden työnantajien kanssa, ostamalla ne palvelujen tuottamiseen oikeutetulta lääkärikeskukselta tai ammattihenkilöltä tai ostamalla palvelut terveyskeskukselta tai kunnalliselta työterveyshuollon liikelaitokselta.

Kunnilla on kansanterveyslain mukaan velvollisuus tuottaa työterveyshuoltopalveluja sekä työnantajien että yrittäjien tarpeisiin ja kustannuksella. Kunnilla on niinikään velvollisuus ylläpitää merimiesterveydenhuoltoa ja varustamojen tarvitsemaa työterveyshuoltoa. Nämä kansanterveyslain 14 a §:n mukaiset tehtävät on kansanterveysasetuksella säädetty Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan kaupungin tehtäviksi.

Kunnallisten työterveyspalvelujen piiriin kuuluu 37 prosenttia henkilöasiakkaista ja henkilöasiakkaiden lukumäärä kasvaa koko ajan. Kunnallisella työterveyshuollon palvelujärjestelmällä turvataan palvelujen saata-

vuus koko maassa. Yli puolet (148) kunnallisista työterveysyksiköistä oli ainoita työterveyspalvelujen tuottajia paikkakunnallaan.

Yksityiset palvelujen tuottajat vastaavat 39 prosenttia työterveyshuollosta (henkilöasiakkaat) ja yritysten omat ja yhteiset työterveysasemat vastaavat 24 prosenttia työterveyshuollosta (henkilöasiakkaat).

Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän asiakkaista valtaosa on kuntien henkilöstöä sekä pieniä ja keskisuuria, ns. pk - yrityksiä. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto ja 64 prosenttia alle 10 hengen yrityksistä kuuluu kunnallisen työterveyshuollon piiriin.

Työterveyshuollon palvelujärjestelmä on pyritty luomaan mahdollisimman joustavaksi palvelujen tarjoamiseksi kautta maan kaikille työpaikoille.

Kunnallisen työterveyshuollon ongelmana on ollut pieni ja hajanainen kuntarakenne sekä siihen liittyen pienet yksiköt ja heikot henkilöstöresurssit. Kunnallista työterveyshuoltoa pyritään kehittämään alueellisesti toimiviksi riittävän isäntäkunta-mallin mukaisesti alueellisena yksikkönä tai alueellisenä liikelaitoksena. Liikelaitosten lisäksi on suunnitelmia työterveyshuollon järjestämiseksi kunnan omistamana osakeyhtiönä. Noin 70 prosenttia kunnista on ilmoittanut olevansa mukana seudullisessa tai alueellisessa kehittämishankkeessa. Ne, jotka eivät ole, ovat pääosin jo muutoksen tehneitä (liikelaitoksia) tai suuria kaupunkia.

Ympäristöterveydenhuolto

Ympäristöterveydenhuolto on osa ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa, ihmisen elinympäristöön kohdistuvaa viranomaisvalvontaa. Ympäristöterveydenhuolto on kuuluvia lakeja ovat voimassa olevan kansanterveyslain 1 §:n mukaan seuraavat lait: terveydensuojelulaki (763/1994), elintarvikelaki (361/1995), eläimistä saatavien elintarvikkeiden elintarvikehygieniasta annettu laki (1195/1996), tuoteturvallisuuslaki (914/1986), joka on kumottu ja korvattu kulutustavaroiden ja kuluttajapalveluksien turvallisuudesta annetulla lailla (75/2004), kemikaalilaki (744/1989), toimenpiteistä tupakkoinnin vähentämiseksi annettu laki (693/1976) sekä eläinlääkintähuoltolaki

(685/1990). Vuoden 2006 maaliskuun alusta tuli voimaan uusi elintarvikelaki (23/2006), jolla kumottiin edellä mainittu elintarvikelaki ja hygienialaki.

Ympäristöterveydenhuolto on järjestetty kunnissa siten, että tehtävät hoidetaan yhdessä yksiköstä käsin joko osana perusterveydenhuoltoa tai yhteistyössä ympäristösuojelun ja rakennusvalvonnan kanssa. Tämä on ollut resurssien käytön kannalta tarkoituksenmukaista ja tehokasta. Poikkeuksena edellisestä voidaan pitää eläinlääkintähuoltolaki, jonka uudistamista maa- ja metsätalousministeriö parhaillaan valmistelee. Jos uusi eläinlääkintähuoltolaki käsittäisi ainoastaan eläinlääkäripalvelut, niin kuin sosiaali- ja terveysministeriö on lausunnossaan esittänyt, eläinlääkintähuolto eläinten terveystalouksia koskevana toimintana tulisi muusta ympäristöterveydenhuollosta poikkeavana jättää sen ulkopuolelle uudessa terveydenhuoltolaissa.

Ympäristöterveydenhuollon johtajan pätevydestä on säädetty kansanterveyslain 41 §:n 2 momentissa vuoden 2006 alusta lähtien. Uusi säännös on jo muutamassa vuodessa osoittanut hyötynsä ja tarpeellisuutensa. Ympäristöterveydenhuollon johtajan paikat ovat avautuneet vapaalle kilpailulle, mistä johtuen johtajan tehtäviin on saatu laaja-alaisia ympäristöterveydenhuollon osaajia. Tällä on suuri merkitys kunnallisen ympäristöterveydenhuollon kehittämiseen erityisesti uusia yhteistoiminta-alueita muodostettaessa.

Lääkehuolto

Sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkehuolto järjestetään sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten kautta. Ne vastaavat sairaala- ja vuodeosastopotilaiden sekä polikliinisessä hoidossa tarvittavista lääkkeistä. Avohoidossa käytettävät lääkkeet ostetaan apteekeista, sivuapteekeista tai syrjäseuduilla sijaitsevista lääkekaapeista. Lääkelaitos myöntää luvan avohoidon ja sairaaloiden apteekkien sekä lääkekeskusten pitämiseen.

Lääkehuoltoa koskevat keskeiset säännökset ovat lääkelaissa ja sen nojalla annetuissa säännöksissä. Laissa on myös säännökset siitä, miten lääkejakelu hoidetaan niin terveydenhuollon toimintayksiköissä (sairaalat, terveyskeskukset, yksityinen terveydenhuolto)

hoidettavien kuin avohoitopotilaiden osalta.

Potilaat ja sairausvakuutus rahoittavat avohoidon ja yksityisen terveydenhuollon lääkkeet ja kunnallinen terveydenhuolto muut lääkkeet. Lääkekorvauksia koskevat säännökset ovat sairausvakuutuslaissa (1224/2004) ja sen nojalla annetuissa säännöksissä. Kunnallisen terveydenhuollon tai niiden ostopalveluna järjestämisen hoidon yhteydessä annettavista lääkkeistä ei juurikaan ole nimenomaisia säännöksiä lainsäädännössä. Se, että lääkkeistä ei peritä potilaalta eri maksua on todettu kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992).

Lääkepolitiikka 2010 -asiakirjan mukaan Suomen lääkehuolto on kattava ja hyvin saatavissa. Lisäksi turvallisuustaso on hyvä ja lääkkeiden kokonaiskäyttö on kohtuullista. Lääkehuoltoa tulisi kehittää muun muassa edistämällä rationaalista lääkkeenmääräämistä, hillitsemällä kustannusten nopeaa kasvua sekä hakemalla ratkaisua lääkkeiden kaksikanavaiseen rahoitukseen, joka johtaa osaoptimointeihin tilanteessa, jossa sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon kustannusvastuun rajanvedot eivät ole selviä.

Vanhustenhuolto

Päävastuu vanhusväestön hoidosta ja hoi- vasta sekä toimintakykyä edistävästä palveluista ja kuntoutuksesta on kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla. Palveluissa tulisi turvata toimiva perusterveydenhuolto ja palveluketjujen sujuvuus erikoissairaanhoito-perusterveydenhuolto-kotihoito -akselilla.

Vanhusten palvelut eivät muodosta saumatonta kokonaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa, joka koostuisi ehkäisevistä palveluista laitoshoidon asti. Eri palvelujen koordinaatio em. tahojen välillä on puutteellinen. Pällekkäisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia, jopa kuntoutussuunnitelmia saattaa olla sekä sosiaali- että terveydenhuollon yksiköissä. Myös epäselvyyttä potilasasiakirjojen tietosuojasta on eri sektoreiden välillä.

Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäyntejä / 1000 vastaavanikäistä oli 65- vuot- ta täyttäneitä 2 587 vuonna 2006. Vähiten käyntejä oli Etelä-Suomen läänissä (2 450) ja eniten Oulun läänissä (2 715).

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrä kuvaa pitkäaikaissairastavuutta. Vuonna 2006 oli erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä / 1 000 vastaavanikäistä koko maassa 628,6. Eniten erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja oli Oulun läänissä (715,5) ja vähiten Etelä-Suomen läänissä (587,6).

Sairaalahoitoa vaativat iäkkäiden henkilöiden tapaturmat merkitsevät yleensä henkilön toimintakykyyn vaikuttavaa vaikean vamman syntymistä. Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidettuja 65 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2006 koko maassa 2,9 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä. Vähiten tapaturman vuoksi sairaalassa hoidettuja oli Etelä-Suomen läänissä (2,7 prosenttia) ja eniten Itä-Suomen sekä Oulun lääneissä (3,2 prosenttia).

Kuolleisuus on yleisesti käytetty väestön terveydentilan ja hyvinvoinnin mittari. Koko maassa 65 vuotta täyttäneiden kuolleisuus /100 000 vastaavanikäistä ihmistä kohden oli vuonna 2006 4 352, tämän ylittää Itä-Suomi (4 558,5) ja Länsi-Suomen läänissä kuolleisuus oli maan keskiarvon tuntumassa.

Yksin asuvien 75 vuotta täyttäneiden määrä on keskeinen mittari arvioitaessa palvelutarvetta. Yksin asuvien vanhusten kotiin annettavien palvelujen järjestäminen on ongelmallista erityisesti haja-asutusalueilla. Vuonna 2006 koko maassa yksin asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli 45,7 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä. (korkeimmillaan Etelä-Suomen läänissä 48,2 prosenttia ja matalimmillaan Lapin läänissä 41,5 prosenttia)

Säännöllisten palvelujen piirissä oli vuoden 2006 lopussa joka kahdeksas 65 vuotta täyttänyt, joka neljäs 75 vuotta täyttänyt ja joka toinen 85 vuotta täyttänyt. Palveluja olivat säännöllinen kotipalvelu ja kotisairaanhoito, palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksessa. Yhteensä 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita näissä palveluissa oli noin 101 773. Koti- ja laitoshoidossa asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä ja enemmän hoitoa tarvitsevia. Useimmilla laitoshoidossa olevilla on dementiaoireita, samoin puolella kotihoidon asiakkaista. (Stakes, SVT ja Sosiaaliturva 2007: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005). Ikääntyneiden laitoshoidossa eli vanhainkodeissa

ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla oli 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita noin 26 190 vuonna 2006.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuoden 2006 lopussa pitkäaikaishoidossa 75 vuotta täyttäneitä noin 9 547. Mukaan on laskettu yleislääketieteen erikoisalalla annettu hoito terveyskeskuksissa. Pitkäaikaishoidon hoitopäiviä 65 vuotta täyttäneillä oli yhteensä 4,5 miljoonaa ja 75 vuotta täyttäneillä 3,9 miljoonaa. Ikääntyneet käyttävät terveyskeskusten vuodeosastohoidosta valtaosan.

Ikääntyneet käyttävät paljon myös akuuttisairaanhoitoa (lyhytaikainen vuodeosastohoito yleislääketieteen erikoisalalla ja kaikki vuodeosastohoito somaattisilla ja psykiatri-silla erikoisaloilla). Somaattisen erikoissairaanhoitoon hoitopäiviä oli 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä yhteensä 3 439,1. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäiviä oli 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä yhteensä 14 002,9. Yleislääketieteen erikoisalalla hoidetuista potilaista 72 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä, hoitopäivistä he käyttivät 83 prosenttia. Somaattisten erikoisalojen potilaista ikääntyneiden osuus oli 32 prosenttia ja hoitopäivistä 49 prosenttia.

Erikoissairaanhoito

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoitoon järjestämisestä. Erikoissairaanhoitoa varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa on oma sairaanhoitopiirinsä. Suurimman sairaanhoitopiirin väestöpohja on yli 1,4 miljoonaa asukasta ja pienimmän alle 70 000 asukasta. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriä ylläpitävään kuntayhtymään. Kunta voi itse päättää mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, vähimmillään niitä on kuusi ja enimmillään 58. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja muita toimintayksiköitä. Sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaaloita.

Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoito alueellaan. Sairaanhoitopiiriin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoitoon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole

tarkoituksenmukaista tuottaa. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tulee vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiiriin tehtävänä on myös huolehtia alueellaan tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta.

Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta ja tieteellisestä tutkimustoiminnasta aiheutuu yliopistollisille sairaaloille, muille sairaaloille ja terveyskeskuksille kustannuksia, joiden korvaamiseksi valtio on maksanut korvauksia. Korvausten määräytymisperusteista ja maksamisesta säädetään erikoissairaanhoitolain 47, 47a ja 47b §:ssä.

Lääkäreiden kliinistä peruskoulutusta annetaan maamme viidessä yliopistollisessa sairaalassa. Koulutusta täydentää muissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa annettava opetus. Saadakseen oikeuden harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisenä laillistettuna ammattihenkilönä lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneen henkilön on lisäksi suoritettava käytännön työhön painottuva lisäkoulutus, josta säädetään lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetussa asetuksessa (1435/1993). Erikoislääkärikoulutus tapahtuu yliopistollisissa sairaaloissa, muissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja eräissä muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Hammaslääkärikoulutusta järjestetään Helsingin, Oulun ja Turun yliopistojen hammaslääketieteen laitoksissa. Vuodesta 2000 lähtien hammaslääkärikoulutuksen kliininen hoitoharjoittelu on ollut liitettyä osaksi julkista terveyspalvelujärjestelmää. Tästä palvelujärjestelmälle aiheutuvat kustannukset on korvattu valtion koulutuskorvauksen kautta. Saadakseen oikeuden harjoittaa hammaslääkärin ammattia itsenäisenä laillistettuna ammattihenkilönä hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneen henkilön on suoritettava lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 6 §:ssä säädetty käytännön palvelu. Erikoishammaslääkärikoulutusta annetaan Helsin-

gin, Oulun ja Turun yliopistoissa.

Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Lääkärin ja hammaslääkärin erikoistumiskoulutuksesta maksettava korvaus määräytyy tutkintojen lukumäärän ja tukinnoista määrätyn korvauksen mukaan. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta eräistä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella määrittämistä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnoista, joiden koulutus tapahtuu pääosin muualla kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (57/2008) mukaan edellä mainittuja tutkintoja ovat terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnot sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnot. Jos tätä koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta toteutuneiden koulutuskuukausien perusteella.

Muillakin terveydenhuollon toimintayksiköillä kuin yliopistollisilla sairaaloilla on vuodesta 1997 ollut oikeus saada valtion varoista korvausta myös lääkärinkoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Silloin kun lääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä suorittaa erikoissairaanhoitolain 47 a §:n 1 momentin mukaan korvausta asianomaiselle kuntayhtymälle, kunnalle tai muulle palvelujen tuottajalle. Peruskoulutuksen antaminen muussa terveydenhuollon yksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa perustuu yliopistollisen sairaalan ja kyseisen terveydenhuollon yksikön tekemään sopimukseen.

Silloin kun yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta kuntayhtymän ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnan ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä, valtion mielisairaalaa tai asetuksessa säädettyä muuta terveydenhuollon toimintayksikköä, kuntayhtymälle,

kunnalle, valtion mielisairaallalle tai muulle palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvausta yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien perusteella. Pykälässä tarkoitettut muut terveydenhuollon yksiköt, joille on mahdollista maksaa valtion koulutuskorvausta on määritelty lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annetulla valtioneuvoston asetuksella (1103/2005). Asetuksessa tarkoitettuja terveydenhuollon yksiköjä ovat Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Invalidisäätiön ylläpitämä ortopedinen sairaala Orton, Reumasäätiön ylläpitämä Reumasäätiön sairaala, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Sairaanhoitopiiriä tai terveyskeskusta ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista koulutuskuukausien määrään perustuvaa laskennallista korvausta Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselta ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi vaadittavasta palvelusta, lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta ja siihen rinnastettavasta koulutuksesta sekä laillistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja siihen rinnastettavasta palvelusta johtuviin kustannuksiin.

Tutkinnosta ja koulutuskuukaudesta suoritettava korvaus määritellään vuosittain valtion talousarvion vahvistamisen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Tutkintojen ja uusien opiskelijoiden määrät lasketaan keskiarvona niiltä kolmelta viimeiseltä vuodelta, jolta tiedot ovat käytettävissä.

Tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettava korvaus perustuu tieteellisten julkaisujen lukumäärään ja julkaisuille annettuihin pisteisiin. Yliopistollinen sairaala yhteensovittaa muissa erityisvastuualueensa terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtävää yliopistotasosta terveystieteellistä tutkimusta yhdessä näiden terveydenhuollon toimintayksiköiden

kanssa. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle, valtion mielisairaallalle ja asetuksessa säädettylle muulle terveydenhuollon toimintayksikölle suoritetaan valtion varoista korvausta tällaisesta tutkimustoiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. Pykälässä tarkoitettut yksityiset terveydenhuollon yksiköt ovat valtioneuvoston asetuksen 1103/2005 mukaan Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Invalidisäätiön ylläpitämä ortopedinen sairaala Orton, Reumasäätiön ylläpitämä Reumasäätiön sairaala, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa vuosittain asetuksen, jolla säädetään tarkemmin yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista, kuten esimerkiksi julkaisupisteiden määräytymisestä ja arvosta.

Tasausjärjestelmä

Erikoissairaanhoitolaissa säädetään potilaskohtaisten kustannusten sairaanhoitopiiri-kohtaisesta tasausjärjestelmästä. Lain 56 a §:n mukaan piirin kuntayhtymällä tulee olla kaikki tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kattava tasausjärjestelmä.

Tasausmenettelyä ei ole säädelty tarkemmin. Lain esitöissä esitettiin kuitenkin erikseen selvitettäväksi, tulisiko säännöstä täydentää myös siten, että sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin säätää rajasta, jonka ylittävät kustannukset tasataan kokonaan tai osittain.

Tasausmenettely perustuu kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien sopimukseen. Perusterveydenhuollon kustannuksia ei tasata eikä valtio osallistu tasausjärjestelmän rahoitukseen. Käytännössä lähes koko maassa on omaksuttu samanlainen menettely. Kalliiden hoitojen tasausraja on yleisimmin 30 000 – 50 000 euroa. Tämän rajan ylittävältä osalta potilaskohtaiset vuosikustannukset maksetaan yhteisesti. Eräissä sairaanhoitopiireissä kunnan tulee maksaa tasausrajan ylittävistä kustannuksista omavastuuosuutena 15-30 prosent-

tia. Tasausjärjestelmään tarvittavat maksut peritään kunnilta kalenterivuositain yleensä asukaskohtaisena maksuna.

Tilaaja-tuottaja-malli

Tilaaja-tuottajamallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon organisoimista siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaaja-tuottajamalli voi olla myös julkisen organisaation sisäinen ohjausmalli, jonka ydin on tilaajan ja tuottajan roolien selkeä erottaminen ja johdonmukainen soveltaminen roolien ja toimivallan järjestämisessä ja toiminnan ja talouden ohjauksessa. Tilaajana toimii julkinen taho ja tuottajana voi toimia julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja tai kolmas sektori.

Kiinnostus tilaaja-tuottaja-järjestelmää kohtaan terveydenhuollossa lisääntyi 1980-1990-lukujen taitteessa. Monissa maissa käynnistyi laaja terveydenhuollon uudistusten ja uudistusehdotusten sarja. Niissä maissa, joissa palvelujen rahoittajana ja tuottajana on toiminut sama taho, esitettiin ratkaisuksi tilaajan ja tuottajan erottamista organisatorisesti ja rooleiltaan toisistaan. Tällaisia ratkaisuja on ollut perinteisesti Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa sekä Itä-Euroopan maissa. Niissä Keski-Euroopan maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus on perustunut pakolliseen sosiaalivakuutukseen, tilaaja ja tuottaja ovat olleet lähtökohtaisesti jo toisistaan erillään.

Kummassakin tapauksessa oleellisena on pidetty tilaamisen antamaa mahdollisuutta ohjata tarkemmin terveyspalvelujen tuotantoa. Perinteinen budjettiohjaus on perustunut karkeaan resurssiohjaukseen, jossa olemassa olevat toiminnot ja rakenteet ovat pyrkineet säilyttämään asemansa ja kasvattamaan omaa osuuttaan. Palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttäminen tekee palveluhankinnasta ja niiden kustannuksista läpinäkyviä. Se helpottaa vertailua omien palvelutuotantoyksikköjen välillä sekä julkisten ja yksityisten palvelutuottajien välillä.

Käytännössä tilaaja-tuottaja-malliin kohdistuneet odotukset ovat täyttyneet vain osittain. Erilaisten tilaaja-tuottaja-mallien joukosta ei ole löytynyt sellaisia ratkaisuja, joilla terveydenhuollon kustannusten kasvua oli-

si voitu hallita. Monissa palveluissa kilpailua on syntynyt vain suurimmissa kaupungeissa, joissa on tarjolla useita vahvoja palveluntuottajia. Pienillä kunnilla ei ole ollut riittävää tilaajaosaamista kilpailutuksen, sopimustekniikan, terveystaloustieteen ja epidemiologian aloilla. Vastaavasti osaamisvajetta esiintyy myös erityisesti pienillä palvelujen tuottajilla.

Kansainväliset kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin hyötyihin on vähentynyt ja tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusteknisia järjestelyjä palvelujen tilaajien/järjestäjien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.

Tärkeimpänä perusteena tilaajan ja tuottajan erottamiselle voidaan pitää kilpailun synnyttämistä sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismien avulla pyrkiä lisäämään tehokkuutta. Saatujen kokemusten perusteella tilaajan ja tuottajan erottaminen ja siitä hyötyjen saaminen edellyttävät palvelujen tuoteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, laadun valvontaa sekä organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistamista.

2.1.5. Terveydenhuollon henkilöstö

Terveydenhuollon henkilöstömäärän kehitys

Vuonna 2006 kunnallisessa terveydenhuollossa työskenteli 138 500 henkilöä. Vuonna 2002 henkilöstömäärä oli noussut samalle tasolle kuin ennen 1990-luvun alkupuolen talouslamaa. Kunnallisen terveydenhuollon henkilöstömäärä kasvoi vuosina 2000-2006 noin 11 prosentilla. Kasvu on kohdentunut

voimakkaammin erikoissairaanhoidon, sillä vuosina 2000-2006 henkilöstömäärä kasvoi erikoissairaanhoidossa 14 prosenttia ja perusterveydenhuollossa 6 prosenttia.

Vaikka koko henkilöstömäärän kasvu on ollut varsin maltillista, monet henkilöstöryhmät ovat kasvaneet keskimääräistä nopeammin. Kasvun taustalla ovat lääketieteen ja teknologian kehitys sekä muutokset hoitokäytännöissä, henkilöstörakenteessa ja kunnallisen terveydenhuollon lakisääteisissä velvoitteissa.

Kuntasektorilla työskentelevien lääkärien määrä kasvoi 10 prosentilla vuosina 2000-2006. Vuonna 2006 kuntasektorilla oli lähes 12 200 lääkäriä. Kasvu on kohdistunut pelkästään erikoissairaanhoidon. Huolimatta lääkäreiden kokonaismäärän kasvusta terveyskeskuslääkärivaje on kasvanut. Samaan aikaan lääkärityövoiman hankinta ostopalveluna on yleistynyt etenkin perusterveydenhuollossa. Kuusi terveyskeskusta on ulkoistanut kokonaan lääkärintehtävät. Vuonna 2007 terveyskeskuksissa oli yhteensä 3 742 virkaa, tointa ja tehtävää. Tuolloin terveyskeskusten lääkärivaje oli 18 prosenttia, josta 8 prosenttia katettiin ostopalveluna. Vajeet olivat suurimmat Pohjois- ja Itä-Suomessa. Kunnallisessa erikoissairaanhoidossa lääkärivaje oli lähes 9 prosenttia. Joillain erikoisaloilla ei ollut vajetta, mutta esimerkiksi psykiatrivaje oli 24 prosenttia lasten-, 24 prosenttia nuorten- ja 18 prosenttia aikuispsykiatriassa. Vuosina 2001 ja 2002 toteutetut lääkärikoulutuksen lisäykset parantavat lääkärityövoiman saatavuutta vuodesta 2008 lähtien.

Terveyskeskushammaslääkäreiden määrä on vähentynyt 2000-luvulla huolimatta kunnallisen hammashuollon laajennuksesta ja hoitoon pääsyä koskevasta lakiuudistuksesta 2000-luvun alkupuolella. Vuonna 2006 kuntasektorilla työskenteli 2360 hammaslääkäriä, joista 2200 terveyskeskuksissa ja 160 erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskushammaslääkärivaje oli vuonna 2006 lähes 16 prosenttia, mistä ostopalvelut kattoivat noin 3 prosenttia. Suurimmat vajeet olivat Pohjois-Karjalassa ja Pohjois-Savossa sekä alueilla, joilla ei ollut myöskään yksityishammaslääkäreiden palveluja. Erikoissairaanhoidossa hammaslääkärin vakansseista 7 prosenttia oli hoitamatta. Sosiaali- ja terveysministeriö on

esittänyt hammaslääkärikoulutuksen lisäämistä ja Itä-Suomen hammaslääkärikoulutuksen järjestämistä Kuopiossa. Nykyinen hammaslääkärikoulutus ei turvaa Itä-Suomen hammaslääkäritarvetta. Vuonna 2007 yksityisellä sektorilla työskenteli noin 2 000 hammaslääkäriä ja noin 350 suuhygienistiä.

Kuntasektorilla työskentelevien sairaanhoitajien määrä on kasvanut 41 prosenttia ja perus- ja lähihoitajien määrä 54 prosenttia vuosina 2000-2006. Vuonna 2006 kuntasektorilla oli 37 500 sairaanhoitajaa ja lähes 35 800 lähi- ja perushoitajaa. Sairaanhoitajien ja vastaavien osuus on kasvanut erikoissairaanhoidon henkilöstöstä 19 prosentista 33 prosenttiin ja perusterveydenhuollon henkilöstöstä 19 prosentista 26 prosenttiin viimeisten 15 vuoden aikana. Vastaavasti lähi- ja perushoitajien osuus on vähentynyt erikoissairaanhoidon henkilöstöstä 22 prosentista 12 prosenttiin ja kasvanut perusterveydenhuollon henkilöstöstä 24 prosentista 29 prosenttiin. Suuhygienistien määrää on lisätty 63 prosentilla vuosina 2000 - 2006 toteuttamaan ehkäisevän suun terveydenhuollon tavoitteita ja turvaamaan hoitoon pääsyä. Suuhygienistien määrän lisäämisen tavoitteena on ollut tehokas työnjako suun terveydenhuollossa.

Myös monet muut hoitohenkilöstöryhmät ovat kasvaneet. Kasvu on kuitenkin ollut edellä mainittuja ryhmiä pienempää.

Hoitohenkilöstön vajeet kuntasektorilla ovat toistaiseksi olleet pienempiä kuin lääkäri- ja hammaslääkärivajeet. Vuonna 2005 suhteellisesti eniten puuttui suuhygienistejä ja röntgenhoitajia. Näissä ryhmissä vajeet olivat 5-6 prosenttia.

Työvoimareservit

Terveydenhuollon ammattihenkilöt sijoituvat hyvin koulutustaan vastaaviin tehtäviin. Vuonna 2004 työllisistä sairaanhoitajista noin 90 prosenttia toimi sosiaali- ja terveydenhuollossa, julkishallinnossa tai koulutusalalla. Samaan aikaan työikäisistä, Suomessa olevista sairaanhoitajista 7 prosenttia oli työvoiman ulkopuolella. Heistä lähes kolmasosa opiskeli ja loput olivat esimerkiksi kotona.

Vuonna 2007 ulkomailta oli noin 880 työikäistä lääkäriä ja noin 3 880 työikäistä sai-

raanhoitajaa tai vastaavan tason koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä. Työikäisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden muutto Suomesta ulkomaille kääntyi laskuun 2000-luvulle tultaessa. Viime vuosina vuotuinen paluumuutto oli jopa hieman korkeampaa tai samalla tasolla kuin lähtömuutto.

Siirtolaisuus muista maista Suomeen on kasvanut 1990-luvun alusta lähtien. Pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta siirtolaisten merkitys terveydenhuollon työvoiman saatavuuden kannalta on kuitenkin pysynyt pieninä. Vuonna 2005 terveydenhuoltohenkilöstöstä vain noin 2 prosentilla oli ulkomaalaistausta. Vuonna 2006 EU/ETA-maista tuli Suomeen 201 lääkäriä, 35 hammaslääkäriä ja 71 sairaanhoitajaa.

Työvoima- ja koulutustarpeet

Terveydenhuollon eläkepoistuma tulee kasvamaan 2010-luvun puoliväliin, jonka jälkeen se pysyy korkeana lähes 10 vuotta. Eläkepoistuma tulee olemaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräistä eläkepoistumaa korkeampi johtotehtävissä, hammaslääkäreillä sekä lähi- ja perushoitajilla. Myös luonnontieteellisen yliopistokoulutuksen saaneen terveydenhuollon tutkimushenkilöstön eläkepoistuma on keskimääräistä korkeampi.

Työministeriön Työvoima 2025 –projektin mukaan sosiaali- ja terveysalan työssä arvioidaan avautuvan peruskehityksen mukaan 184 600 ja tavoitekehityksen mukaan 210 100 työpaikkaa vuosina 2005-2020. Vuositasolla määrät ovat 11 600 ja 13 100. Avautuvista työpaikoista 60-70 prosenttia johtuu poistuman korvaamisesta. Sosiaali- ja terveysalan työ muodostaa kaikista avautuvista työpaikoista 19-20 prosenttia.

Koulutuksen aloittajatarvotteet on määritellyt opetusministeriön Koulutustarjonta 2012 –projektissa edellä mainittujen toimialaennusteiden pohjalta. Valtioneuvosto on hyväksynyt aloittajatarvotteet osana koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa vuosille 2007-2012. Kehittämissuunnitelman mukaan sosiaali- terveys- ja liikunta-alan koulutuksen aloittajatarvotte vuonna 2012 olisi 18 000. Aikaisempiin aloittajamääriin verrattuna alan

koulutusta lisättäisiin noin 20 prosenttia. Samalla sosiaali-, terveys- ja liikunta-alasta tulee toiseksi suurin tekniikan ja liikenteen koulutusalan jälkeen. Työvoiman riittävyyden turvaaminen edellyttää, että lisäksi huolehditaan sosiaali- ja terveysalan aikuiskoulutustarjonnan riittävyydestä väestön ikääntymisen ja palvelutarpeen kasvun mukaisesti sekä maahanmuuttajien rekrytoinnista alan koulutukseen ja työtehtäviin.

2.1.6. Valvonta

Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänin alueella kansanterveystyötä ohjaa ja valvoo lääninhallitus. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena lääninhallitusten toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidtoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat; useaa lääniä tai koko maata koskevat asiat; asiat, jotka liittyvät Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa käsiteltävään terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvontasiaan; sekä asiat, joita lääninhallitus on esitteellinen käsittelemään.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus voivat tarkastaa kunnan ja kuntayhtymän kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettuun toimintaan käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin kuin tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Jos kansanterveystyön tai erikoissairaanhoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin tämän lain vastaista, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta määräajassa. Jos potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi.

Terveysturvakeskus tai lääninhallitus voi velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän noudattamaan määräystä puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Edellä mainittu ei koske lääkelaissa (395/1987) eikä terveydenhuollon laeissa (1505/1994) tarkoitettua toimintaa, joiden mukaisesta valvonnasta vastaa Lääkelaitos. Jos Terveysturvakeskus tai lääninhallitus on valvonnassaan havainnut lääkehuoltoa taikka terveydenhuollon laitteita tai tarvikkeita koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkelaitokselle.

Lääninhallitus tai Terveysturvakeskus voivat antaa kunnalle, kuntayhtymälle tai virkamiehelle huomautuksen, jos kunta tai kuntayhtymä on menetellyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä. Jos asia ei anna aiheutta huomautukseen tai varsinaisiin sanktioihin, valvontaviranomainen voi kiinnittää valvottavan huomiot toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen tai hyvän hallintotavan noudattamiseen. Huomautus ja huomion kiinnittäminen eivät ole varsinaisia sanktioita, vaan lähinnä viranomaisen tai virkamiehen toimintaa ohjaavia kannanottoja, minkä vuoksi niihin ei saa hakea muutosta valittamalla.

Valvontaviranomaiset eivät pääsääntöisesti käsittele kantelua, joka koskee yli 5 vuotta vanhaa asiaa. Tästä määräajasta voidaan kuitenkin poiketa, jos siihen on erityisiä syitä.

2.1.7. Terveysturvakeskuksen laatu

Terveysturvakeskuksen suorituskyky (performance) koostuu palvelujen laadusta, kustannuksista, tehokkuudesta sekä terveyden, hoidon ja kustannusten oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Nykyistä terveydenhuoltoa ei ole kuitenkaan organisoitu edistämään parasta laatua vaan päähuomio on ollut hallinnollisissa rakenteissa, talouden seurannassa ja toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta epäoleellisissa ja suorastaan harhaanjohtavissa tuottavuuslukuissa. Tuottavuus ei kerro mitään hoidon laadusta ja hyvin tuottava toiminta voi olla täysin vaikut-

tamatonta tai jopa haitallista. Tarkastelunäkökulmaa ja uutta lainsäädäntöä onkin voimakkaasti muutettava rakenteiden tarkastelusta toiminnan tuloksellisuuden ja suorituskyvyn tarkasteluun erityisesti toiminnan vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen.

Terveysturvakeskuksen laadulla tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, korkeatasoisesti sekä erityisesti eniten hoitoa tai preventiivisiä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin. Kootaessa OECD:n terveystietopankkiin (OECD Health Data) laatuindikaattoreille asetettiin kolme kriteeriä: tärkeys, tieteellisesti hyvä (scientific soundness) ja tarkoituksenmukaisuus (feasibility).

Laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista. Potilaan ja asiakkaan laatuindikaattorissa korostuu, mitä potilas odottaa ja haluaa. Terveysturvakeskuksen ammattilaisten laatuindikaattorissa tärkeää on se, mitä potilas tarvitsee lääketieteellisiin perustein. Johdon näkökulmasta laatu kuluttaa resursseja, jolloin tavoitteena on paras mahdollinen tulos tuhlaamatta, virheettömästi ja viiveettä.

Laadunvalvonta vaatii erinomaista taitoa muun muassa mittareiden valinnassa, analysoinnissa, tulosten esittämisessä, jne. Laadunparantamisessa on kolme peruslinjaa, jotka eivät ole toisiaan poissulkevia. Terveysturvakeskuksen professionaalisten instituutioiden itsesääntely (professional self-regulation) on ollut perinteisin laaduntakaaja. Toisaalta asiakkaiden ja ostajien puolesta toimivat välittäjäorganisaatiot ovat voineet pyrkiä varmistamaan laatua. Kilpailun aikaansaaminen tuottajien kesken ja asiakkaiden ostovalmiuksien parantaminen on kolmas keino pyrittäessä laadunhallintaan. Ammatillinen itsesääntely on viime aikoina asetettu yhä useammin kyseenalaiseksi. Terveysturvakeskuksen ammattilaiset toimivat roolissaan yhä useamman tahon agenttina, jolloin voimakas esimerkiksi omaan etuun liittyvä kannuste voi vinouttaa toiminnan vaikuttavuuden ja laadun kannalta väärään suuntaan esimerkiksi tarpeettomien tutkimusten määräämiseen tai uusintakäynnistä sopimiseen.

Monissa maissa onkin käynnistetty uusia toimintoja laadun valvomiseksi ja parantamiseksi. Jotkut laatuhankeet nojaavat enem-

män yhteistyön edistämiseen ja informaation jakamiseen, toiset taas pikemminkin tuottajien väliseen kilpailuun.

Hoidon laatuongelmilla on merkittävä taloudellinen ja terveydellinen vaikutus (tarpeettomat kokeet, hoitovirheet, väärä lääkitys, menetetyt työpäivät, jne.). Laadun parantaminen vaatii aluksi lisäkustannuksia ja -investointeja, mutta niiden tuotto ajan myötä on potentiaalisesti suuri. Esimerkiksi Juran Instituutin (2003) selvityksen mukaan vanhanaikaiset ja tehottomat hoitoprosessit aiheuttavat USA:ssa jopa 390 miljardin dollarin lisäkustannukset vuodessa. Suomen oloissa tämä tarkoittaisi 85 miljoonaa euroa vuodessa tehottomuudesta tai vaikuttamattomuudesta.

Laatua koskevaa tietoa on tietojärjestelmistä ollut niukasti saatavissa. Silti on yhä ilmeisempää, että palvelujen laadussa on vakavia puutteita. Yhä enemmän saadaan näyttöjä haittatapahtumista ja läheltä piti tilanteista sekä vaikuttamattomien hoitotapojen käytöstä. Palveluja käytetään myös liikaa, liian vähän tai väärin. Hoitopäätökset ovat monesti sattumanvaraisia tai epäjohdonmukaisia. Lukuisia hoitopäätöksiä tehdään indikaatioilla, missä tieteellisen näytön mukaan riskit ovat odotettuja hyötyjä suuremmat. Hoidon saatavuuden, hoitokäytäntöjen ja hoidon lopputulosten erot ovat nousseet esille. Tavallisimpienkin vuodeosastohoidon voimavaroja kulluttavien sairauksien hoitofrekvensseissä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on suuria eroja. Perusleikkausten osalta erot ovat suurimmillaan viisinkertaisia ja harvinaisempien toimenpiteiden osalta jopa kymmenkertaisia. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkausten uusintaleikkausten määrä suhteessa väestön määrään vaihtelee noin kolminkertaisesti sairaanhoitopiirien kesken. Polven tekonivelleikkauksissa vaihtelu on tätäkin suurempi. Myös jonotusaikojen pituuksissa on huomattavia eroja eri sairaanhoitopiirien kesken. Lisäksi hoidon lopputuloksissa on edelleen suuria eroja. Mielikuva suhteellisen samantasoisesta laadusta eri tuottajilla esimerkiksi sairaaloiden kesken osoittautuu yhä useammin todellisuutta vastaamattomaksi.

Palvelujärjestelmien (terveys, hoiva, opetus, jne.) arviointi- ja selvitystyö on laajen-

tumassa toiminnan sujuvuuden ja tuloksellisuuden arvioimiseen. Samalla arviointi on muuttumassa aiempaa reaaliaikaisemmaksi ja avoimemmaksi.

Palveluja koskevan tiedon osalta on menossa kolme trendiä: halutaan kustannus-, suorite- ja vastaavien tietojen lisäksi tietoja palvelujen toimivuudesta ja tuloksista, enemmän reaaliaikaisia tai liki reaaliaikaisia tietoja; niistä osa voi olla otospohjaisia sekä tuoda palveluja koskevia tietoja vapaaseen tarkasteluun. Vaikka mittarien kehittämisessä on ollut vaikeuksia, on parempi lähteä arvioimaan toimivuutta ei-täydellisin mittarein kuin olla arvioimatta lainkaan. Objektiivisuuden kannalta toimivuutta voisi arvioida riippumaton organisaatio. Raportoinnissa nettipohjaiset järjestelmät ovat nopeasti yleistymässä.

Sitovaa lainsäädäntöä terveydenhuollon laadusta ei ole annettu. Useista laeista tai niiden nojalla annetuista asetuksista löytyy kuitenkin perusteita palvelujen laadun määrittelymiseksi. Ensisijaisesti laatua on kuitenkin ohjattu suosituksilla, mutta niiden merkitys on jäänyt vähäiseksi talousseikkojen ja sääntämistavoitteiden ollessa pääasiallinen toimintaa ohjaava tekijä. Laatusuositukset eivät ole oikeudellisesti sitovia, mutta niitä voidaan pitää asianmukaisten palvelujen mittapuuna. Sitovuuden puuttuminen on sallinut toimijoiden ohittaa laatu näkökohdat toiminnan järjestämisessä. Käytännössä laatuun kiinnitetään huomio usein vasta kansalaisten kantelujen ja tähän liittyvien valvontaviranomaisten toimien kuten uhkasakkojen seurauksena.

Laatusuosituksia ovat muun muassa vuonna 1994 julkaistu terveydenhuollon laatu politiikka, suuntaviivat laadun jatkuvalla kehittämiselle Suomessa, vuonna 1995 annetut asiakaskeskeisyyteen ja hyvän laadun kehittämiseen ohjaavat laatusuositukset, vuonna 2000 annettu valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadun hallinnasta 2000-luvulle.

Kunnallisesti tuotettavien palvelujen laatua ei yleensä ole yksityiskohtaisesti määriteltä. Valtakunnallisia laatusuosituksia on annettu mielenterveyspalveluihin, kouluterveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen.

Yksityisiltä hankittavien ostopalvelujen tu-

lee vastata sitä tasoa, jota edellytetään vastaavilta kunnallisilta palveluilta. Tällä on haluttu turvata se, että kaikki julkisesti rahoitetut palvelut täyttävät samat laadulliset vähimmäisvaatimukset. Yksityisten palvelujen järjestämisestä ja valvonnasta säädetään yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) ja asetuksessa (744/1990) sekä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa (603/1996). Säännökset koskevat myös kunnan yksityiseltä palvelutuotajalta ostamia palveluja.

Suomella on maailmanlaajuisesti arvostettuja rekistereitä ja tilastotietoa terveysterveyspalveluista; erityisesti syövästä, infektioista ja hoitajaksoista sairaaloissa. Rekisterejä on alettu kehittää myös sellaiseen suuntaan, että niistä saataisiin enemmän tietoa hoitojen laadusta ja vaikuttavuudesta. Työ on hidasta ja sitä joudutaan tekemään laajalla alueella. Kun tilastoja käytetään tutkimuslähteenä, tilastoihin syötetyn tiedon luotettavuutta on vaikea tietää. Tietoja joudutaan poimimaan monista erillisistä rekistereistä eri määrittelyin. Tietosuojakysymykset voivat olla iso rajoite, samoin viive tietojen keruusta niiden analysointiin ja käyttöön ohjauksen apuna. Laadun seurannan sujuva toteuttaminen edellyttää rekisterien kehittämistä, jotta keskeisten terveystietojen tavoitteiden toteutumisesta saadaan luotettavaa tietoa. Tämä taas vaatii investointia terveydenhuollon tietojärjestelmiin ja niiden kykyyn toimia yhdessä.

Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisissa Suomen puheenjohtajuuden aikana vuonna 2007 perustetuissa neljässä laaturyhmässä on pidetty tärkeänä kehittää muun muassa terveydenhuollon laatuindikaattoreita, potilasturvallisuuden laatua, potilaiden käsityksiä terveydenhuollon laadusta sekä suun terveydenhuollon laatuindikaattorien kehittämistä. Myös OECD:n alaisuudessa on ollut laatuindikaattorihanke, missä on kehitetty terveydenhuollon laatuindikaattoreita. Suomi on mukana näissä hankkeissa.

Suomessa ei ole säännöllisesti ilmestyvää, vertailevaa ja arvioivaa julkaisua tai julkaisukanavaa terveydenhuollon laadusta ja tuloksellisuudesta. Tilastoihin ja rekistereihin kerättyä tietoa tulisi hyödyntää entistä enemmän ja julkaista niistä analysoitua, palvelujen laatua kuvaavaa tietoa valtakunnalli-

sesti sidosryhmien käyttöön ja palautteena tietojen antajille.

Kansanterveyslaitoksen (KTL) ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten (Stakes) yhdistämisellä keskitetään sosiaali- ja terveysministeriön alaista kehittämistoimintaa. Näiden organisaatioiden tilalle ollaan perustamassa Hyvinvoinnin ja terveyden kehittämiskeskus. Uusi organisaatio aloittaisi toimintansa vuoden 2009 alusta. Tavoitteena on tehostaa toimintaa ja yhteistyötä, parantaa tuottavuutta sekä taata palvelujen laatu ja yhtenäiset käytännöt koko maassa. Palvelujärjestelmän toimivuuden ja suorituskyvyn arviointia on nykyisissä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan organisaatioissa siinä määrin kohtuullisen paljon, mutta arviointityö on hajallaan ja työn kattavuus on huomattavan epätasainen. Nämä epäkohdat korostuvat potilasturvallisuuden, laadun ja vaikuttavuuden osalta. Tilanteen korjaamiseksi on tarpeen varmistaa erittäin nopeasti, että meneillään olevassa organisaatiouudistuksessa nämä epäkohdat korjataan. Tämä voidaan tehdä kokoamalla palvelujärjestelmän toimivuuden ja suorituskyvyn arviointityö ja osoittamalla esille selvästi oma osasto tai yksikkö. Ratkaisu on tehtävissä pääosin uudelleen järjestelemällä hallinnonalan nykyisiä, etenkin Stakesin eri ryhmiä.

2.1.8. Asiakaskeskeisyys ja potilasturvallisuus

Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystoimen johtavana periaatteena on ollut jo parin vuosikymmenen ajan. Asiakaslähtöisyyden rinnalla käytetään termiä asiakaskeskeisyys. Molempiin käsitteisiin sisältyy, että asiakas on palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen tarpeistaan lähtien. Asiakkaan pitäisi olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa.

Kun asiakkaan ja potilaan valinnanmahdollisuuksia halutaan lisätä, muodostuu terveyspalveluissa potilaan näkökulmasta suureksi haasteeksi tiedon hallinnan asymmetria. Potilaan ja asiakkaan kannalta todellinen ongelma on tiedon laatu. Potilaalla ei ole mahdol-

lisuutta arvioida tiedon luotettavuutta ja merkitystä oman tilanteensa kannalta, eikä myöskään sitä, mikä on jätetty kertomatta. Tästä johtuu, että potilas usein tarvitsee avukseen terveydenhuollon ammattilaisen auttamaan hänelle parhaan valinnan teossa.

Terveydenhuollon ammattilaisen toiminta potilaan avustajana on kuitenkin jossain määrin ongelmallista, koska samaan aikaan terveydenhuollon ammattilaiseen kohdistuu paineita myös muilta tahoilta, eikä hän ole täysin riippumaton potilaan suhteen. Tätä risitiitaa ammattikunnat ovat pyrkineet käsittelemään ja ohjeistamaan laatimalla eettisiä sääntöjä, missä yksittäisen potilaan etu on ensisijaista. Eettiset ohjeet eivät kuitenkaan enää nykyisin ole riittäviä ohjeeksi, sillä hoitomahdollisuudet lisääntyvät kaiken aikaa kun taas yhteiskunnan käytettävissä olevat resurssit ovat rajalliset. Tulevaisuudessa hoitojen antamisessa joudutaan yhä useammin tilanteisiin, missä yksittäisen potilaan etua verrataan muiden potilaiden etuun tai eri sairauksia sairastavien etua keskenään. Tähän tarvitaan eettistä ohjausta, mutta myös suosituksia tai lainsäädäntöä.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti heijastavat myös asiakaslähtöisyyttä ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää säännökset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä keskeisistä periaatteista. Laki korostaa potilaan aktiivista osallistumista, potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hänen oikeuttaan hoitoon ja tiedonsaantiin.

Potilaslain lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, sillä terveyden- ja sairaanhoito on potilaslaissa määritelty yksilön terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi. Potilaslain 3 §:ssä todetaan, että potilaalla on oikeus ilman syrjintää saada hänelle lääketieteellisesti tarpeellinen hoito.

Potilaslain 6 §:n hoitoa on annettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Potilaslaki suuntasi terveydenhuollon toimintaa kohti asiakaslähtöisyyttä. Potilaslaki vaikuttaa erityisesti hoidon laatuun. Laki edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin sekä potilaan hoidon ja kohtelun on oltava laadultaan hyvää ja muutoinkin täytettävä laissa määritellyt hyvän hoidon ja kohtelun kriteerit. Hyvän hoidon käsite sisältää muun muassa ihmis- ja perusoikeuksien noudattamisen hoitosuhteessa.

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon ns. hoitotakuusäännöksissä on myös heijastuksia asiakaslähtöisyydestä. Erikoissairaanhoidolaissa on todettu myös jonkinlainen mahdollisuus valita lääkäri ja hoitopaikka. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994, ammattihenkilölaki) todetaan, että ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon toiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat (15 §). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellytetään toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaslain mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (6 §).

Myös kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007) tarkoitusta koskevassa 1 §:ssä on todettu, että lain mukaisia järjestelyjä suunniteltaessa ja toteutettaessa on otettava huomioon perusoikeudet ja yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa ja kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut.

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin

kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa.

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aistitai puheviaan vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkitsemisestä.

Potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain (523/1999) 26–28 §:ssä säädetään. Potilaan oikeudesta tietojen saantiin on lisäksi voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 11 ja 12 §:ssä.

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista

tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Näissä tilanteissa hoitoon tulee saada potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus.

Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä siitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) säädetään.

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvittettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.

Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakkaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon keskeinen osatekijä. Siitä huolimatta viime vuosikymmenen aikana on saatu vahvaa näyttöä siitä, että sairaalahoittoon tulevista potilaista 5-10 prosentille ilmenee hoitoon liittyvä haitta ja 1 prosentilla haitta on vakava-asteinen tarkoittaen vammautumista tai kuolemaa. Muissa suuren riskin elinkeinoissa (high-risk industries) näin suurta riskiä ei pidetä hyväksyttävänä. USA:ssa on arvioitu hoitovirheisiin (medical errors) kuolevan enemmän ihmisiä kuin liikenne-onnettomuuksiin tai rintasyöpään. Institute of Medicine vuonna 1999 julkaisemassa raportissa ”To err is human: Building a safer health system” todettiin, että USA:ssa kuolee vuosittain 44000-98000 henkilöä hoitovirheen aiheuttamiin haittoihin ja että näistä noin puolet olisi estettävissä laadunhallin-

nan keinoin. Näistä aiheutuneet kustannukset olivat 22 miljardia euroa. Suomen oloihin siirrettynä tämä merkitsisi noin 750 – 1 500 kuolemantapausta vuodessa ja vastaavat kustannukset olisivat noin 440 miljoonaa euroa. Muista maista on julkaistu vastaavia tuloksia. Suomessa tällaista selvitystä ei ole tehty. Ei kuitenkaan ole syytä olettaa Suomen tilanteen olevan muita kehittyneitä maita parempi.

Hoitoon liittyvät estettävissä olevat haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen huomattavia ja vaikeasti mitattavia kärsimyksiä, jopa potilaan kuoleman, hoitajaksojen pitkittymisiä, pysyviä tai tilapäisiä vammoja sekä lisääntyneitä hoitokustannuksia. Haittatapahtumat aiheuttavat huomattavia välittömiä ja välillisiä lisäkustannuksia myös hoitolaitoksille ja yhteiskunnalle.

USA:ssa julkaistussa selvityksessä hoitovahinkoihin liittyvien ylimääräisten hoitopäivien lukumäärä oli 2,4 miljoonaa ylimääräistä hoitopäivää vuodessa käsittäen 32591 hoitovahinkoon liittyvää kuolemantapausta. Näiden lisäkustannuksiksi saatiin 9300 miljoonaa dollaria, mikä Suomen olosuhteisiin suhteutettuna vastaisi 143 miljoonaa euroa. Pelkästään lisähoitopäivien kustannuksina tämä merkitsisi Suomessa vuosittain 48 000 ylimääräistä hoitopäivää ja runsaan 20 miljoonan euron lisäkustannuksia. Vuonna 2000 UK:ssa Department of Healthin tekemässä selvityksessä terveydenhuollossa vuosittain sattuvat vähintään 850000 haittatapahtumaa aiheuttavat noin 2000 miljoonan punnan lisäkustannukset, minkä lisäksi potilaille maksetaan valitusten perusteella korvauksia noin 400 miljoonaa puntaa ja potentiaalisten korvausten määrän arvellaan olevan noin 2400 miljoonaa puntaa vuodessa. Australiassa puolestaan 12 yleisimmän, estettävissä olevan, hoitoon liittyvän haittatapahtuman kustannukset ovat noin 2-3 prosenttia 120-paikkaisen sairaalan vuosibudjetista (Rigby ym. 2000).

Vuosina 2001 –2005 Suomessa Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) maksamat korvaukset potilasvahingoista vaihtelivat 25,9 ja 36,4 miljoonan euron välillä. Eniten korvaukseen johtaneita hoitovahinkoja sattui tuki- ja liikuntaelinten leikkaustoimenpiteiden yhteydessä yli 500 kpl vuonna 2005 ja muiden

leikkaus- tai anestesiatoimenpiteiden yhteydessä yli 700 kpl vuonna 2005. Kliiniseen tutkimukseen liittyvien korvattujen hoitovahinkojen määrä oli myös korkea yli 600 kpl vuonna 2005, hammashoidon toimenpiteisiin liittyviä vahinkoja korvattiin yli 200 kpl ja muita toimenpiteitä edellisten lisäksi vajaat 300 kpl.

Potilasturvallisuuden parantaminen on saanut keskeisen ja näkyvän roolin niin Maailman Terveysjärjestön WHO:n World Alliance for Patient Safety –hankkeessa, Euroopan Unionin Patient Safety Network (EUNetPaS) –hankkeessa, OECD:n laatuindikaattori-hankkeen osana, sekä Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisessa potilasturvallisuuden laadun kehittäminen -työryhmässä. Suomi on antanut muun muassa sitoumuksen osallistumisesta WHO:n käsihygienian parantamiskampanjaan sairaalainfektioiden vähentämiseksi. Euroopan Unionin alueella Suomella on osavetovastuu lääkehoidon turvallisuuden edistämiseen tähtäävässä osahankkeessa (EUNetPaS-hanke).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän kolmeksi vuodeksi marraskuun alussa 2006 linjaamaan keskeiset kansalliset tavoitteet potilasturvallisuuden edistämiseksi. Ohjausryhmä pitää tarpeellisenä säätää hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta terveydenhuoltolaissa, koska laatu ja potilasturvallisuussuositukset eivät ole osoittautuneet riittäviksi varmistettaessa hoidon laatua ja turvallisuutta. Ohjausryhmän alaisissa työvaliokunnissa on arvioitu Suomeen sopivia potilasturvallisuutta edistäviä toimintatapoja, raportointi- sekä palautemenettelyjä tapahtumista oppimiseksi, keinoja lisätä johdon, työntekijöiden sekä myös potilaiden valmiuksia ja mahdollisuuksia edistää potilasturvallisuutta. Samoin on haettu keinoja kehittää toimintakulttuuria potilasturvallisuutta edistäväksi. Ohjausryhmän työn toimeenpano edellyttää potilasturvallisuuden ja hoidon kaadun ottamista terveydenhuoltolakiin varmistamaan linjausten toteutuminen.

Potilasturvallisuustyön hyvänä käynnistäjänä on ollut sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Turvallinen lääkehoito –opas (STM:n julkaisuja 2005:32), Stakesin internetsivuilla julkaistu potilasturvallisuussanas-

to. Terveysthuollon ja myös sosiaalihuollon toimintayksiköissä on kokeiltu haattapahtumien ja läheltä piti –tilanteiden ilmoittamisenmenettelyä ja käsittelyä. Samoin kokeiltavana on vakavien haattapahtumien (kuolemat tai pysyvään vammaan johtaneet) puolueeton tutkintamenettely ja tähän liittyvä kansallinen hälytysjärjestelmä, jotta vastaavat vakavat tapahtumat voidaan jatkossa ehkäistä. Lainsäädännöllä on voitava varmistaa tämänkaltaisen potilasturvallisuutta edistävää laatutyö ja tarpeellisen tiedon keruu tietosuojaäädösten sitä estämättä. Tämä voi tarkoittaa myös potilasvakuutuskeskuksen sekä kanteluviranomaisten saamien vahinkoilmoitusten riskitietojen kokoamista yhteen laadunhallinnasta valtakunnallisella tasolla vastaavaan paikkaan lähinnä tulevaan Stakesin ja KTL:n pohjalta perutettavaan kehittämislaitokseen.

2.1.9. *Muu lainsäädäntö*

Laki kunta- ja palvelurakennuudistuksesta

Kunta- ja palvelurakennuudistuksesta annetun lain (169/2007, jäljempänä puitelaki) tarkoituksena on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakennuudistukselle. Laki on voimassa määräaikaaisesti vuoden 2012 loppuun.

Kunta- ja palvelurakennuudistuksella vahvistetaan kunta- ja palvelurakennetta, kehitetään palvelujen tuotantotapoja ja organisoitua, uudistetaan kuntien rahoitus- ja valtiotusjärjestelmiä sekä tarkistetaan kuntien ja valtion välistä tehtäväjako. Tarkoituksena on turvata perusoikeuksien toteutuminen palvelujen saatavuuden ja laadun osalta yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta, parantaa palvelujärjestelmän tuottavuutta sekä hillitä kuntien menojen kasvua ja turvata palvelujen rahoitus. Lisäksi tavoitteena on luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palvelujen kehittämistoiminnalle ja ohjauksen kehittämiseksi. Kunta- ja palvelurakenteen uudistamisella pyritään myös lisäämään hyvinvointia ja väestön toimintakykyä ja sitä kautta vähentämään tulevaa hoidon ja palvelujen tarvetta sekä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja. Tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja väestön saatavilla olevat palvelut.

Puitelain 5 §:n mukaan kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta.

Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueen joko antamalla yhteistoiminta-alueen tehtävät yhden kunnan hoidettavaksi kuntalain 76 §:n 2 momentin mukaisesti (isäntäkuntamalli) tai perustamalla yhteisen kuntayhtymän.

Väestöpohjavaatimuksista voidaan poiketa, jos toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole mahdollista tai poikkeaminen on tarpeen suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi taikka saamelaiden kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Puitelain 6 §:n mukaan laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan kuntayhtymiin ja kunkin kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään. Uudistuksen pohjana ovat erikoissairaanhoidolain 7 §:ssä luetellut kuntayhtymät, mutta puitelain 3 §:n mukaan kunnat voivat muodostaa kuntayhtymät erikoissairaanhoidolain mukaisesta sairaanhoitopiirijaosta ja valtioneuvoston kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 6 §:n nojalla päättämästä erityishuoltopiirijaosta poiketen.

Äänivallasta kuntayhtymässä on voimassa, mitä erikoissairaanhoidolain 17 §:ssä säädetään, jolleivät kunnat toisin sovi.

Kuntayhtymän tehtävänä on kunnan osoittamassa laajuudessa vastata palveluista, joista säädetään erikoissairaanhoidolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa. Lisäksi kuntayhtymän tulee edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista sekä hoitaa muut sille lailla säädettävät tehtävät. Kunnat voivat antaa kuntayhtymälle myös muita kuin laissa säädettyjä tehtäviä.

Kaksikieliset ja yksikieliset ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on turvata jäsenkuntiensa ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen

erikseen sovittavan työnjaon mukaisesti.

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista keskitetään valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Eduskunnalle antamista varten valmistellaan hallituksen esitys erikoissairaanhoitolain muuttamisesta siten, että valtioneuvoston asetuksella säädetään, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon, sekä siitä, mitkä näistä keskitetään valtakunnallisesti. Nykyisin siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon sekä valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keskittämisestä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Jatkossa kyseiset säännökset annetaan valtioneuvoston asetuksen tasoisina. Puitelain 6 §:n 4 momentin säännös sisältää toimeksiannon muuttaa erikoissairaanhoitolain asetuksenantovaltuutta.

Hallintolaki

Hallintolaki (434/2003) on hallinnon toimintaa sääntelevä yleislaki, jossa säädetään hyvän hallinnon perusteista ja hallintoasiassa noudatettavasta menettelystä. Lisäksi laissa säädetään viranomaisen toimintaan yleisesti sovellettavista hyvän hallinnon perusteista, ja korostetaan asiakasnäkökulmaa ja hallinnon palveluperiaatteen mukaista virkatehtävien hoitamista. Hallintolakia sovelletaan kaikissa viranomaisissa ja lähtökohtana on, että hallintolaki kattaa kaikki hallinnon toimintamuodot, osittain myös julkisten palvelujen tuottamisen. Hallintolakia sovelletaan myös valtion liikelaitoksissa, julkisoikeudellisissa yhdistyksissä sekä yksityisissä niiden hoitajissa julkisia hallintotehtäviä. Hallintoasian käsittelynä pidetään siis myös julkisia palveluja ja etuja sekä sosiaalisia oikeuksia koskevaa viranomaisen päätöksentekoa. Tosiasiallista hallintoa on muun muassa potilaan terveyspalvelut.

Hallintolain 6 §:ssä säädetään hallinnon oikeusturvaperiaatteista. Pykälän nojalla viranomaisen on kohdeltava hallinnossa asioivia tasapuolisesti sekä käytettävä toimivaltaansa yksinomaan lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Toiminnan tulee olla johdonmu-

kaista siten, että harkinnan kohteena olevia tosiseikkoja arvioidaan samankaltaisissa tapauksissa samoin perustein. Toiminnan on myös oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Viranomaisen toimien on oltava puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Niiden on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odotuksia. Säännös merkitsee luottamuksen-suojaperiaatteen laintasoista vahvistamista. Periaate merkitsee ennen muuta yksilön suojaa julkista valtaa vastaan. Periaatteen soveltamisessa on kysymys siitä, millä edellytyksillä yksityinen oikeussubjekti voi luottaa julkista valtaa käyttäen tehdyn päätöksen pysyvyyteen ja minkälainen turva tällä on viranomaisten toiminnan odottamattomia muutoksia vastaan.

Hallintolain 7 §:ssä säädetään palveluperiaatteesta ja palvelun asianmukaisuudesta. Asiakasnäkökulman korostaminen ja viranomaistoiminnan tuloksellisuuden parantaminen ovat olleet hallinnon kehittämisen keskeisiä painopistealueita. Hallintolain valmisteluasiakirjojen mukaan (HE 72/2002 vp.) julkisia palveluja järjestettäessä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivan valinnanvapauteen. Julkisen sektorin on huolehdittava siitä, että tärkeät palvelut ovat saatavilla kaikkialla maassa ja välttämättömät tehtävät tulevat tehokkaasti hoidetuksi. Esimerkiksi julkiseen terveydenhoitoon liittyvä toiminta tulisi pyrkiä järjestämään siten, että palvelujen saanti kyetään turvaamaan myös poikkeusoloissa ja ihmisten alueellinen tasa-arvoisuus toteutuu. Julkisten palvelujen toteuttaminen on pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, esimerkiksi sairaanhoitoa mutta siihen voi liittyä myös päätöksentekoa.

Terveydenhuolto ja rekisterinpito

Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdan mukaan rekisterinpitäjällä tarkoitetaan yhtä tai useampaa henkilöä, yhteisöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty. Terveyden-

huollossa rekisterinpitäjänä on terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 4 kohdan mukaan terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan muun muassa kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta sekä erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämää muuta hoitovuorossa olevaa kokonaisuutta.

Erikoissairaanhoitolain 12 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä päättää sairaaloiden ja muiden toimintayksiköiden perustamisesta ja lakauttamisesta. Kuntayhtymä voi päättää, että toimintayksikköön kuuluu useampi kuin yksi sairaala tai erillinen toimintayksikkö taikka niiden osia edellyttäen, että ne yhdessä muodostavat 32 §:ssä tarkoitettulla tavalla hoitovuorossa olevan kokonaisuuden.

Heinäkuun 1 päivänä 2007 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) nojalla Suomeen luodaan valtakunnallisesti keskitetyt tietojärjestelmäpalvelut potilasasiakirjojen arkistointia ja terveydenhuollon palvelujen antajien välistä potilastietojen luovutuksenhallintaa varten. Lain mukainen arkistointipalvelu toteutetaan rekisterinpitäjäkohtaisina potilasarkistoina. Rekisterinpitäjien välinen tietojen luovutus tapahtuu potilaan suostumuksella tai luovutuksen oikeuttavan lain säännöksen nojalla.

Julkisen terveydenhuollon palvelujen antajan tulee lain 15 §:n 1 momentin mukaan liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen antajan tulee liittyä näiden tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, jos sen potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys toteutetaan sähköisesti. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen pystyttämiseksi on laissa varattu siirtymäaika siten, että järjestelmän tulee olla käytössä 1 huhtikuuta 2011.

Hankintalaki

Julkisten hankintojen tekemisestä säädetään julkisista hankinnoista annetulla lailla (348/2007, jäljempänä hankintalaki). Hankintalaki tuli voimaan 1 päivänä kesäkuuta 2007 ja korvasi vuonna 1992 annetun lain julkisista hankinnoista. Lailla pantiin täytäntöön julkisia rakennusurakoita sekä julkisia tavara- ja palveluhankintoja koskevien sopimusten tekomenettelyjen yhteensovittamisesta annettu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/18/EY, jäljempänä hankintadirektiivi, sekä julkisia tavarahankintoja ja rakennusurakoita koskeviin sopimuksiin liittyvien muutoksenhakumenettelyjen soveltamista koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta annettu neuvoston direktiivi 89/665/ETY. Laissa on otettu huomioon myös Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen julkisia hankintoja koskeva oikeuskäytäntö.

Hankintalain tavoitteena on tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuolisia mahdollisuuksia tarjota tavaroita, palveluja ja rakennusurakointia julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa.

Hankintalaissa hankinnat ja hankintoihin sovellettavat menettelytavat on jaoteltu kolmeen portaaseen hankinnan arvon mukaan. Hankintalakia ei sovelleta kansalliset kynnysarvot alittaviin hankintoihin, joten näiden hankintojen osalta hankintayksiköt voisivat soveltaa omia ohjeitaan. Ohjeiden on kuitenkin täytettävä perustamissopimuksen vaatimukset avoimuudesta ja syrjimättömyydestä.

Kansalliset kynnysarvot ovat tavara- ja palveluhankinnoissa 15 000 euroa, terveydenhoito- ja sosiaalipalveluissa sekä eräissä työhallinnon koulutuspalveluissa

50 000 euroa ja rakennusurakoissa 100 000 euroa. Kansallisilla hankinnoilla tarkoitetaan kansalliset kynnysarvot ylittäviä, mutta EU-kynnysarvot alittavia hankintoja. Hankintaan sovellettavat säännökset määräytyvät sen mukaan, onko kyseessä kansallinen vai EU-kynnysarvon ylittävä hankinta. EU-kynnysarvot ovat tavara- ja palveluhankinnoissa vuoden 2008 alusta valtion keskushallintoviran-omaisten hankinnoissa 133

000 euroa, muiden hankintaviranomaisten hankinnoissa 206 000 euroa ja rakennusurakoissa 5 150 000 euroa.

EU-kynnysarvot ylittäviin hankintoihin sovelletaan hankintadirektiivin mukaisia yksityiskohtaisia kilpailuttamismenettelyjä. Kansallisten hankintojen osalta menettely on joustavampaa. EU-kynnysarvon ylittävistä hankinnoista on julkaistava ilmoitus EU:n virallisessa lehdessä, kansallisista hankinnoista on ilmoitettava ainoastaan Suomessa.

EU-kynnysarvot alittavien hankintojen, toissijaisten palveluhankintojen sekä käyttöoikeussopimusten ja käyttöoikeusurakoiden osalta säädetään vain kilpailuttamismenettelyistä, ilmoittamisesta, tarjouksen keskeisestä sisällöstä sekä tarjouksen ja tarjoajan valinnasta. Neuvottelumenettelyä voidaan käyttää aikaisempaa laajemmin. Erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan huomioida aiempaa selkeämmin asiakasnäkökulma ja muut näihin palveluihin liittyvät erityispiirteet. Neuvottelumenettelyä voidaan käyttää hankinnassa, jonka luonteen vuoksi tarjouspyyntöä ei voida tai sitä ei ole tarkoituksenmukaista laatia niin tarkasti, että paras tarjous voitaisiin valita avointa tai rajoitettua menettelyä käyttäen. Neuvottelumenettely on käytettävissä myös valtakunnallisesti tai alueellisesti keskitettävässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluhankinnassa taikka moniammatillista erityisosaamista edellyttävässä hankinnassa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon alalla.

Hankintalakia ei sovelleta hankintoihin, jotka hankintayksikkö tekee siitä muodollisesti erilliseltä ja päätöksenteon kannalta itsenäiseltä yksiköltä, jos hankintayksikkö yksin tai yhdessä muiden hankintayksiköiden kanssa valvoo yksikköä samalla tavoin kuin se valvoo omia toimipaikkojaan ja jos yksikkö harjoittaa pääosaa toiminnastaan niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on. Säännös perustuu Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntöön.

Lakia ei myöskään sovelleta palveluhankintoihin, jotka tehdään toiselta hankintayksiköltä sille Euroopan yhteisön perustamisopimuksen mukaisella lailla, asetuksella tai hallinnollisella määräyksellä annetun palvelujen tuottamista koskevan yksinoikeuden perusteella. Hankintalakia koskevan hallituk-

sen esityksen (HE 50/2006 vp) mukaan yksinoikeuden haltijan tulisi säännöksen mukaan olla hankintayksikkö kuten valtion tai kunnan viranomainen, valtion liikelaitos tai julkisoikeudellinen laitos tai tällaisten yhteenliittymä. Siten muille tahoille myönnettyyn yksinoikeuteen perustuva palvelutuotanto ei oikeuttaisi poikkeamaan lain kilpailuttamissäännöksistä. Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla lainkohdassa mainituin edellytyksin. Perustuslain 18 §:ssä säädetään elinkeinopaudesta, jonka rajoitukseksi yksinoikeus voidaan katsoa. Suomessa palvelujen tuottamista koskeva yksinoikeus voitaneen antaa siten vain lailla tai lain nojalla.

Hankintalain soveltamisala suhteessa hankintayksiköiden väliseen yhteistyöhön on jossain määrin epäselvää. Hankintalain 5 §:ssä olevan määritelmän mukaan hankintasopimuksella tarkoitetaan kirjallista sopimusta, joka on tehty hankintayksikön ja toimittajan välillä ja jonka tarkoituksena on rakennusurakan toteuttaminen, tavarankäntä tai palvelun suorittaminen taloudellista vastiketta vastaan. Laissa ei ole otettu kantaa siihen, miten hankintalain näkökulmasta tulisi tulkita kuntalain (365/1995) 10 luvussa tarkoitettua kuntien yhteistoimintaa. Hankintalain kannalta olennaiseksi tekijäksi muodostuu muun muassa se, onko toiminta yhteisesti järjestettyä ja julkisoikeudelliseen sopimukseen perustuvaa toimintaa vai palvelujen ostamista yksityisoikeudellisen sopimuksen muodossa. Yhteistoiminnassa sopimuksen sisältöä arvioidaan yhdessä järjestämisen näkökulmasta kun taas hankinnassa myyjän tavoitteena on kaupallisesti kannattava toiminta.

Kehitysvammaisten erityishuolto

Kehitysvammaisten erityishuollosta annettussa laissa (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) säädetään erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja.

Kehitysvammalain mukaisia palveluja ovat

tutkimus, terveydenhuolto, tarpeellinen ohjaus, kuntoutus sekä toiminnallinen valmennus, työtoiminnan ja asumisen järjestäminen sekä muu vastaava yhteiskunnallista sopeutumista edistävä toiminta, henkilökohtaisten apuneuvojen ja apuvälineiden järjestäminen, yksilöllinen hoito ja muu huolenpito, henkilön aviopuolison, vanhempien ja muiden perheenjäsenten, muun huoltajan tai hänelle muuten läheisen henkilön ohjaus ja neuvonta, tiedotustoiminnan harjoittaminen erityishuoltopalveluksista, kehityshäiriöiden ehkäisy sekä muu vastaava erityishuollon toteuttamiseksi tarpeellinen toiminta.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu 16 erityishuoltopiiriin, joiden alueet on määrätty valtioneuvoston päätöksellä. Erityishuoltopiirin kunnat ovat jäsenenä erityishuoltopiirin kuntayhtymässä, jonka tulee järjestää kuntien velvollisuudeksi säädetty erityishuolto. Kaksi- ja ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäsenenä erityishuollon kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on piiriasta riippumatta jäsenkuntiansa ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestäminen. Kunnat voivat myös itse järjestää erityishuoltoa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:ssä säädetyillä tavoilla, kuten olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä (vapaaehtoiset kuntayhtymät) tai hankkimalla palveluja toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Kehitysvammaisten erityishuollon palveluja käyttää noin 27 000 henkilöä ja erityishuollon kustannukset ovat noin 500 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannuksilla mitaten kunnat tuottavat itse noin 32 prosenttia palveluista, hankkivat erityishuoltopiireiltä noin 48 prosenttia ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta 20 prosenttia palveluista. Kehitysvammaiset saavat ensisijaisesti yleisiä kuntien ja sairaanhoitopiirien järjestämiä terveydenhuollon palveluja. Lisäksi erityishuoltopiireillä on terveydenhuollon henkilöstöä ja kuntoutustoimintaa erityisesti kehitysvammaisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Erityishuollon yksilöllistä järjestämistä varten erityishuoltopiirin kuntayhtymässä on erityishuollon johtoryhmä, joka päättää erityishuollon antamisesta ja lopettamisesta.

Kunnan järjestäessä erityishuoltoa erityishuoltoviranomaisena toimii kunnan sosiaalihuollosta vastaava toimielin. Jokaiselle erityishuollon tarpeessa olevalle henkilölle tulee hyväksyä erityishuolto-ohjelma, joka on muutoksenhakukelpoinen hallintopäätös. Velvoitetta erityishuolto-ohjelman laatimiseen on oikeuskirjallisuudessa tulkittu siten, että kehitysvammaisella henkilöllä on subjektiivinen oikeus saada erityishuoltoa, mutta ei ole subjektiivista oikeutta saada tiettyä palvelua.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä kehitysvammalain mukaiset erityishuoltopiirit puretaan, mikä edellyttää muutoksia kehitysvammalakiin ja sosiaalihuoltolakiin. Puitelain mukaisesti kunnan on kuuluttava erityishuoltoa ja erikoissairaanhoidon järjestävään kuntayhtymään, minkä lisäksi kunta voi edelleen järjestää erityishuoltoa myös itse. Puitelain edellyttämät kunnat ovat laatineet toimeenpanosuunnitelmansa kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toimeenpanosta. Toimeenpanosuunnitelmien mukaan Kärkölän samkommun jatkaa ruotsinkielisten sosiaalipalvelujen kuntayhtymänä. Neljällä erityishuoltopiirillä on valmiiksi yhteinen hallinto sairaanhoitopiirin kanssa. Lopuissa erityishuollon kuntayhtymissä on selvitetty yhdistymistä sairaanhoitopiirin kanssa tai jatkamista kuntien vapaaehtoisena kuntayhtymänä.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista

Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki) tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Kunta vastaa lain mukaisten palvelujen ja tukitoimien järjestämisestä kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti.

Vammaispalvelulain 4 §:ssä säädetään erikseen lain toissijaisuudesta. Vammaispal-

velulain mukaisia palveluja ja tukitoimia järjestetään silloin, kun vammaisen henkilö ei saa riittäviä ja hänelle sopivia palveluja tai etuuksia muun lain – käytännössä siis lähinnä sosiaalihuoltolain – nojalla. Vammaispalvelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia voidaan myös antaa, jos muun lain nojalla annettavan palvelun tai etuuden saaminen viivästyy.

Lain 8 §:ssä säädetään tarkemmin vammaisille henkilöille tarkoitetuista palveluista. Vammaiselle henkilölle annetaan kuntoutusohjausta ja sopeutumisvalmennusta sekä muita vammaispalvelulain tarkoituksen toteuttamiseksi tarpeellisia palveluja. Näitä palveluja voidaan antaa myös vammaisen lähiomaiselle tai hänestä huolehtivalle taikka muutoin läheiselle henkilölle. Pykälän 2 momentin mukaan kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle kohtuulliset kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen, tulkkipalvelut sekä palveluasuminen, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Näillä palveluilla pyritään turvaamaan vaikeavammaisten mahdollisuuksia itsenäiseen elämään ja tasavertaiseen asemaan. Kunnalla ei kuitenkaan ole erityistä velvollisuutta palveluasumisen järjestämiseen, jos henkilö on jatkuvan laitoshoidon tarpeessa.

Lain 9 §:ssä säädetään taloudellisista tukitoimista. Vammaiselle henkilölle korvataan hänen vammansa tai sairautensa edellyttämän tarpeen mukaisesti kokonaan tai osittain kustannukset, jotka hänelle aiheutuvat henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta ja muista tämän lain toteuttamiseksi tarpeellisista tukitoimista. Vastaavasti korvataan ylimääräiset kustannukset, jotka aiheutuvat vamman tai sairauden edellyttämän tarpeellisen vaatetuksen ja erityisravinnon hankkimisesta. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavien välineiden, koneiden ja laitteiden hankkimisesta aiheutuvat kustannukset korvataan vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa asetuksessa (759/1987, vammaispalveluasetus) tarkemmin säädettävällä tavalla.

Saman 9 §:n 2 momentin mukaan kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuulu-

vien välineiden ja laitteiden hankkimisesta hänelle aiheutuvat kohtuulliset kustannukset, jos hän vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee näitä toimenpiteitä suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Lisäedellytyksenä on, ettei vaikeavammaisen henkilö ole jatkuvan laitoshoidon tarpeessa.

Vammaispalvelulaissa tarkoitettu palvelujen järjestämisvelvoite

Vammaispalvelulain 8 §:n 2 momentin ilmentämän imperatiivi-muodon (”on järjestettävä”) on vakiintuneesti katsottu tarkoittavan sitä, että vaikeavammaiselle henkilölle on taattu subjektiivinen oikeus säännöksessä tarkoitettuihin palveluihin. Vaikeavammaisuutta ei ole vammaispalvelulaissa tarkemmin määritelty. Vaikeavammaisuus onkin käytännössä määriteltävä kunkin palvelun osalta erikseen laissa ja vammaispalveluasetuksessa määriteltujen kriteerien mukaan.

Muiden vammaispalvelulain mukaisten palvelujen tai etuuksien on katsottu kunnan järjestämisvastuun näkökulmasta olevan tavanomaisia määrärahasidonnaisia palveluja tai etuuksia.

Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat

Vammaisen henkilön tarvitsemien palvelujen ja tukitoimien selvittämiseksi ja yhteensovittamiseksi kunnan viranomaisten on vammaispalveluasetuksen 2 §:n mukaisesti tarvittaessa laadittava yhdessä vammaisen henkilön ja hänen huoltajansa tai omaistensa kanssa yksilöllinen palvelusuunnitelma, jonka lähtökohtana on asiakkaan palvelutarve. Palvelusuunnitelman avulla parannetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vaikuttamismahdollisuuksia.

Lastensuojelulaki

Uusi lastensuojelulaki (417/2007) tuli voimaan tammikuun 1 päivänä 2008. Laki edellyttää laaja-alaista ja suunnitelmallista lasten ja perheiden ongelmia ehkäisevää toimintaa lastensuojelun ohella sosiaalitoimen muilla toimintasektoreilla, muun muassa päivähoidossa ja päihdehuollossa, sekä kunnan muilla

toimialoilla, esimerkiksi terveydenhuollossa ja opetustoimissa. Kunnan hallinnonalat ylittävän ehkäisevän työn tarkoituksena on havaita lasten ja perheiden ongelmat nykyistä varhaisemmin ja myös varhaisemmalla tuella ehkäistä yksilökohtaisen lastensuojelun tarvetta.

Lastensuojelulaissa lastensuojeluksi on määritelty sekä lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu että ehkäisevä lastensuojelu. Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään lastensuojelun lisäksi myös muiden kunnan palvelujen piirissä, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolassa, muussa terveydenhuollossa, päivähoitossa, opetuksessa ja nuorisotyössä.

Suunnitteluvuorollisuus

Kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen ja kunnan muiden viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä lasten ja nuorten hyvinvointia sekä poistettava kasvuojojen epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Kunnan on sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi sekä muita lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettuja palveluja järjestäessään ja niitä kehittäessään huolehdittava siitä, että näiden palvelujen avulla tuetaan vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lasten kasvatuksessa ja saadaan selville lasten, nuorten ja lapsiperheiden erityisen tuen tarve. Kunnan on järjestettävä tarvittaessa erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia ja nuoria tukevaa toimintaa.

Kunnan edellytetään laativan joko yksin tai yhteistyössä useamman kunnan kanssa suunnitelman lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä. Suunnitelman tulee ylittää hallintokuntien rajat ja kattaa laajasti lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä hyvinvointiin liittyvät palvelut. Lastensuojelun suunnitelmasta tulee ilmetä, miten sitä toteutetaan ja seurataan. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto. Se on tarkistettava vähintään neljän vuoden välein. Suunnitelma tulee ottaa huomioon kunnan vuosittaisissa talous- ja toimintasuunnitelmissa.

Lastensuojelulain mukaan sosiaalityöntekijällä tulee olla käytettävissään eri ammattiryhmien asiantuntemusta (14 §) ja erityisesti huostaanoton valmistelussa myös oikeudellista asiantuntemusta (41 §). Laki velvoittaa kunnan perustamaan yksin tai yhdessä mui-

den kuntien kanssa monialaisen asiantuntijaryhmän lastensuojelutyön tueksi (14 §:n 2 mom.). Asiantuntijaryhmään tulee kuulua muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon, lapsen kasvun ja kehityksen, sekä muita lastensuojelun asiantuntijoita. Asiantuntijaryhmän tehtävänä on muun muassa avustaa lapsen huostaanottoa ja sijaishuoltoa koskevien asioiden valmistelussa ja muussa lastensuojelun toteuttamisessa.

Lasten huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa

Lastensuojelulakiin on kirjattu velvoite ottaa lapsi huomioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, ja kun aikuisen kyvyn täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan tällöin heikentyneen, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvítettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon viranomaisten on tarvittaessa järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi.

Lastensuojelulain 15 §:n mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja lapselle. Lasten tarvitsemat seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisinä.

Sosiaalityöntekijän tulee lastensuojelulain mukaan (27 §) tehdä selvitys lapsen lastensuojelun tarpeesta. Selvityksessä arvioidaan lapsen kasvuolosuhteita, huoltajien tai muiden lapsen hoidosta ja kasvatuksesta tällöin vastaavien henkilöiden mahdollisuuksia huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta sekä lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta. Selvityksen tekemiseksi sosiaalityöntekijä voi tarvittaessa olla yhteydessä lapselle läheisiin henkilöihin sekä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin siten kuin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain

16 ja 17 §:ssä säädetään.

Hallinto-oikeus voi antaa luvan lasta koskevaan lääkärin tai muun asiantuntijan suorittamaan tutkimukseen, jos tutkimus on lastensuojelun tarpeen selvittämiseksi välttämätön, mutta huoltaja kieltää tutkimuksen tekemisen (28§).

Lastensuojelutarpeen selvitys on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa lastensuojeluasian vireille tulosta. Siten myös mahdolliset lääkärin tai muun asiantuntijan suorittamat tutkimukset tulee pystyä tekemään mainitun kolmen kuukauden määräajan puitteissa.

Lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle on tehtävä asiakassuunnitelma (30§), jollei asiakkuus pääty lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen tai kysymyksessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, lapsen ja hänen perheensä tuen tarve, palvelut ja muut tukitoimet, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaamaan, sekä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan.

Huostaan otettua lasta koskevaan asiakassuunnitelmaan kirjataan lisäksi sijaishuollon tarkoitus ja tavoitteet, erityisen tuen ja avun järjestäminen lapselle, hänen vanhemmilleen, huoltajilleen tai muille lapsen hoidosta ja kasvatukselta vastaaville henkilöille. Huostaan otetun lapsen vanhemmille on laadittava vanhemmuuden tukemiseksi erillinen asiakassuunnitelma, jollei sen laatimista ole pidettävä tarpeettomana. Suunnitelma laaditaan tarvittaessa yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kuten päihdehuollon ja mielenterveyshuollon kanssa.

Lastensuojelulaissa on lisäksi säädetty lapsen terveydentilan tutkimisesta sijaishuoltoon sijoittamisen yhteydessä (51§), lääkärintarkastuksesta ennen eristämistä (70§) sekä erityisen huolenpidon järjestämisen yhteydessä (72-73§).

Kansanterveyslain 14 b §:ään ja erikoissairaanhoidon lain 30 a §:ään lisättiin lastensuojelun säättämisen yhteydessä säännökset kunnan velvollisuudesta järjestää palveluja sijoittajakunnan kustannuksella lapselle, joka on sijoitettuna lastensuojelun mukaan avohuollon tukitoimena tai sijaishuoltoon taikka

joka on jälkihuollossa.

Lastensuojeluilmoitus

Velvoite tehdä lastensuojeluilmoitus on uudessa laissa säädetty entistä laajemmalle joukolla lasten ja heidän perheidensä kanssa työskenteleviä (25 §). Myös ilmoituskynnys on nykyistä matalampi: Ilmoitusvelvollisuus syntyy, jos siihen velvoitettu henkilö arvioi, että lapsen hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai lapsen oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä.

Säännöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, poliisitoimen ja seurakunnan tai muun uskonnollisen yhdyskunnan palveluksessa tai luottamustoimessa olevat henkilöt sekä muun sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon palvelujen tuottajan, opetuksen tai koulutuksen järjestäjän tai turvapaikan hakijoiden vastaanottotoimintaa tai hätäkeskustoimintaa taikka koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa harjoittavan yksikön palveluksessa olevat henkilöt ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia viipymättä ilmoittamaan salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos he tehtävässään ovat saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä.

Kasvatus- ja perheneuvonta

Kasvatus- ja perheneuvonnan tehtävät ja säännökset

Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että kunnassa osana sosiaalipalveluja järjestetään kasvatus- ja perheneuvontaa (jäljempänä myös perheneuvonta). Kasvatus- ja perheneuvonnalla tarkoitetaan asiantuntija-avun antamista kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologista ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) mukaan kasvatus- ja perheneuvonnan tehtävänä on tukea ja edistää lasten ja nuorten myönteistä kehitystä järjestämällä ohjausta, neuvontaa ja

muuta asiantuntija-apua ihmissuhteisiin, perhe-elämään ja lasten kasvatukseen liittyvissä kysymyksissä sekä tutkimusta ja hoitoa lasten kasvatukseen ja perhe-elämään liittyvissä ongelmissa.

Kasvatus- ja perheneuvonnan järjestäminen

Kasvatus- ja perheneuvonnan järjestämisestä ei ole erityissäännöksiä, joten kunnat voivat normaalilla tavalla järjestää toiminnan itse, hankkia sen ostopalveluna tai hoitaa yhdessä toisten kuntien kanssa. Yleinen ja käytökelpoiseksi osoittautunut organisointimuoto on erillinen perheneuvolayksikkö. Muita perheneuvonnan organisointimahdollisuuksia ovat esimerkiksi perheneuvontaan erikoistuneet moniammatilliset työryhmät. Yhtenä mahdollisuutena on koota yhteen eriytyneitä toimintoja, kuten päihdehuolto, perheneuvonta ja psykiatria.

Kasvatus- ja perheneuvonnalla on liittymiä lastensuojelulakiin ja mielenterveyslakiin. Useat perheneuvolat tarjoavat myös perhe- ja yksilökohtaiseen lastensuojeluun ja psykiatriaan liittyviä palveluja. Myös perheneuvonnalla ja mielenterveystyöllä on yhtymäkohтия. Esimerkiksi yksilö- ja perheterapiaa voidaan antaa molemmissa yksiköissä. Perheneuvonta on kuitenkin tarkoitettu kaikille kasvatus- tai perhekriiseissä tukea tarvitseville perheille, erityisesti lapsiperheille, riippumatta siitä, onko perheen jäsenillä mielenterveysongelmia vai ei.

Sosiaalihuoltolain 18 §:ssä tarkoitettu sosiaalityöstä perheneuvonta eroaa lain 19 §:n ja asetuksen perusteluiden (täydennettävä sosiaalihuoltolain HE:n ja asetuksen perustelumuistion yksilöinnillä) mukaan siten, että toimintaan tulee osoittaa erilliset voimavarat, että perheneuvonnan työntekijöillä on tehtävään soveltuva erikoistava koulutus tai muu riittävä perehtyneisyys ja että työskentely on tiimityötä, jossa on mukana psykologi, sosiaalityöntekijä ja lastenpsykiatri tai muu vastaava erikoislääkäri. Joissakin perheneuvoloissa on lisäksi puheterapeutin virka, jossaan puheterapia ei kuulu perheneuvonnan perustehtäviin.

Päivähoito ja esiopetus

Lasten päivähoidosta annetun lain (36/1973, jäljempänä päivähoitolaki) mukaan jokaisella alle kouluikäisellä lapsella on vanhemman tai muun huoltajan vanhempainrahakauden päätyttyä oikeus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan riippumatta vanhempien varallisuudesta tai siitä, käyvätkö he työssä. Oikeus päivähoitopaikkaan päättyy, kun lapsi siirtyy oppivelvollisena perusopetukseen.

Päivähoidon tavoitteena on tukea lasten vanhempia heidän kasvatustehtävässään ja yhdessä kotien kanssa edistää lapsen persoonallista ja tasapainoista kehitystä. Laajentamalla ehdoton oikeus päivähoitoon koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä lapsia korostetaan hoidon ohella päivähoidon varhaiskasvatuksellista merkitystä. Suomalaisessa päivähoidossa hoiva ja opetus yhdistyvät toisiinsa toisin kuin monissa muissa Euroopan maissa. Tässä niin sanotussa *educare* -ajattelussa hoitoon liittyy aina opetuksellisia piirteitä ja opetuksessa on puolestaan hoivan elementtejä. Tähän järjestelmään on vaikuttanut lasten tarve kokopäiväiseen hoitoon vanhempien ollessa työssä.

Kunnan on tarjottava päivähoitoa lapsen äidinkielellä, suomeksi, ruotsiksi tai saameksi. Päivähoidon henkilökunta tukee myös romanien ja maahanmuuttajaryhmien lasten kielen ja kulttuurin kehittymistä.

Kunnat järjestävät päivähoitoa päiväkodeissa ja perhepäivähoitopaikassa, jolloin hoitoa voidaan järjestää perhepäivähoitajan kotona tai ryhmäperhepäivähoitona. Lisäksi monet kunnat järjestävät kaikille avointa varhaiskasvatustoimintaa, esimerkiksi valvottua leikkitoimintaa leikkikentillä ja avoimissa päiväkodeissa. Päivähoitopaikassa (päiväkoti tai perhepäivähoitopaikka) voidaan järjestää myös perusopetuslain (628/1998) mukaista esiopetusta.

Suurin osa päivähoidossa olevista lapsista on hoidossa koko päivän, mutta myös osaaikaisista hoitoa järjestetään. Vuorotyössä käyvien vanhempien lapsia varten kunnat järjestävät myös ympärivuorokautista hoitoa.

Esimerkiksi lapsen tunne-elämän häiriöihin tai vammaisuuteen liittyvissä erityisen tuen tarpeen tilanteissa lapsen päivähoidolle asetetaan tavanomaisia päivähoidon perustehtäviä

korkeammat vaatimukset. Tässä yhteydessä käytetään vakiintuneesti myös erityispäivähoidon käsitettä, vaikka lainsäädännössä ei olekaan asiasta nimenomaisia säännöksiä. Päivähoitolaissa ja asetuksessa lasten päivähoitosta (239/1973, jäljempänä päivähoitoasetus) on kuitenkin eräitä säännöksiä, joissa viitataan lapsen erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeeseen, ja samalla myös sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. Esimerkiksi päivähoitolain 7 a § velvoittaa erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen kuntoutuksen yhteensovittamiseksi laatimaan lapselle kuntoutussuunnitelman. Suunnitelma laaditaan yhteistyössä lapsen vanhempien ja tarpeen mukaan kunnan muun sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä koulutoimen kanssa.

Toiminnallisesti erityispäivähoito on osa muuta päiväkotikasvatusta tai perhepäivähoitoa, mutta se edellyttää yleensä henkilöstöltä erityisosaamista ja usein myös yhteistyössä ulkopuolisten asiantuntijatahojen kanssa järjestettäviä tukipalveluja. Kun päivähoitoon otetaan lapsi, joka on erityisen hoidon tai kasvatuksen tarpeessa, on hänestä hankittava alan erikoislääkärin tai muun asiantuntijan lausunto (päivähoitoasetuksen 2 §:n 4 momentti). Päiväkodissa lapsi voi olla tavallisessa päiväkotiryhmässä, integroidussa erityisryhmässä tai erityisryhmässä. Tukipalveluja ovat esimerkiksi kiertävän erityislastentarhanopettajan, psykologin tai puheterapeutin konsultaatio. Päiväkotin tai sen osa voidaan myös järjestää lasten erityisen hoidon tai kasvatuksen perusteella erityispäiväkodiksi (päivähoitolain 3 §).

Tavoitteena on, että erityisen tuen tarpeessa olevan lapsen tuen tarpeeseen voitaisiin mahdollisimman pitkälle vastata ja lasta päivähoitopaikassa hoitaa yhdessä muiden lasten kanssa. Tämä edellyttää yhteistyössä päivähoitopaikan henkilöstön, lapsen vanhempien tai muiden huoltajien ja tarpeen mukaan kunnan muiden lapselle erilaista tukea ja apua päivähoidon toteuttamiseksi antavien tahojen, kuten terveydenhuolto, kanssa yhteistyössä lapsen kuntoutuksen yhteensovittamiseksi laadittavaa kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutussuunnitelma on osa lapselle hänen päivähoitopaikassa saamansa hoidon ja kasvatuksen toteuttamiseksi laadittavaa yksilöl-

listä varhaiskasvatussuunnitelmaa.

Lapsen varhaiskasvatussuunnitelman laatiminen ja sen ajan tasalla pitäminen edellyttävät tiivistä yhteistyötä kaikkien lapsen hoitoon ja kasvatukseen päivähoitopaikassa osallistuvien tai sitä muutoin tukevien tahojen kesken. Vain ajan tasalla oleva suunnitelma voi toimia asianmukaisena ja lapsen kulloisiinkin tarpeisiin vastaavana välineenä lapsen päivähoitoa toteutettaessa. Tässä korostuu erityisesti alle kouluikäisten päivähoitossa olevien lasten kohdalla myös päivähoitopaikan ja äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyö.

Perhekeskustoiminta

Päivähoitossa korostuu päivähoitopaikan ja kodin välisen yhteistyön tärkeys. Tätä yhteistyötä on osaltaan omiaan tukemaan myös PERHE –hankkeessa vuosina 2005 – 2007 käynnistetty perhekeskustoiminta (Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2008:12, Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE –hankkeen loppuraportti). Perhekeskus on nykyaikainen tapa tukea lapsiperheiden arkea ja järjestää lapsiperheiden palvelut. Perhekeskuksen palveluihin kuuluvat äitiys- ja lastenneuvola, varhaiskasvatus, koulu sekä varhaisen tuen ja perhetyön paikalliset palvelut. Myös järjestöjen ja seurakunnan lapsiperheil- le järjestämä toiminta on osa perhekeskuksen palveluverkoston. Perhekeskuksen palvelut on tarkoitettu kaikille lapsiperheille. Monipuolisen palveluverkoston ansiosta perhekeskuksessa voidaan myös havaita lapsen ja perheiden ongelmia mahdollisimman varhain ja antaa niissä tarvittavaa apua.

2.2. Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden ja EU:n lainsäädäntö

2.2.1. Ruotsi

Ruotsin terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvastuu on jaettu valtion, maakäräjien (landsting) ja kuntien kesken. Julkisen terveydenhuollon rahoitus on pääasiassa järjestetty verovaroin, minkä lisäksi kerätään asiakasmaksuja. Valtio on vastuussa yleisestä terveyden- ja sairaanhoitopolitiikasta, terveyden- ja sairaanhoidon yleisestä ohjaukses-

ta ja lainsäädännön valmistelusta. Ruotsin kuntajärjestelmä koostuu maakäräjistä ja kunnista, joista molemmilla on verotusoikeus. Laissa terveyden- ja sairaanhoidosta (Hälsö- och sjukvårdslag 1982:763) säädel-ään maakäräjien ja kuntien vastuista terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä. Laki velvoittaa laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseen, mutta maakäräjät ja kunnat päättävät itsenäisesti järjestettävien palvelujen tasosta ja järjestämistavasta.

Ruotsin 21 maakäräjää vastaavat suurta maantieteellistä aluetta ja merkittäviä resursseja vaativista tehtävistä. Vastuu sairaaloista ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa on maakäräjillä. Maakäräjät vastaavat hoidon järjestämisestä siten, että kaikilla on mahdollisuus hyvään hoitoon. Palvelujen tuottamisessa voidaan käyttää ostopalveluja. Maa on jaettu kuuteen terveys- ja sairaanhoitoalueeseen, joiden tehtävänä on helpottaa yhteistyötä korkeaa erikoistumista vaativan erikoissairanhoidon järjestämisessä.

Terveyden edistäminen

Ruotsin terveyden- ja sairaanhoidolaissa säädetään terveyden- ja sairaanhoidon tavoitteeksi hyvä terveys ja yhtäläiset mahdollisuudet hoitoon koko väestölle. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla lääketieteellisesti ehkäistään, tutkitaan ja hoidetaan sairauksia ja vammoja. Terveyden- ja sairaanhoidon tulee pyrkiä ehkäisemään huonoa terveyttä ja tässä tarkoituksessa tarjota, silloin kun se on tarkoituksenmukaista, palvelujen käyttäjille tietoa sairauksien ja vammojen ehkäisyn menetelmistä. Maakäräjien velvollisuutena on tarjota hyvät terveyden- ja sairaanhoitopalvelut alueellaan asuville sekä myös yleisemmin edistää koko väestön hyvää terveyttä. Terveyttä edistävien palvelujen järjestämistapa on maakäräjien päätettävissä. Väestön ehkäisevät palvelut järjestetään käytännössä useimmiten terveyskeskuksissa.

Ruotsin kansanterveyslaitoksesta (statens folkhälsoinstitut) annetussa asetuksessa laitoksen tehtäväksi on säädetty edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vammoja, sekä erityisesti painottaa toimenpiteitä suurimmille terveysriskeille altistuneisiin ryhmiin. Ruot-

sin koululaissa on säädetty kouluterveydenhuollosta, sen tehtävistä ja sisällöstä varsin yksityiskohtaisesti.

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on maakäräjillä. Perusterveydenhuoltoa järjestetään terveyskeskuksissa, joita on Ruotsissa yli 1000. Perusterveydenhuolto kattaa avohuoltona annettavan lääketieteellisen hoidon, ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen. Maakäräjien tulee järjestää perusterveydenhuolto siten, että asukkaat pääsevät lääkärin vastaanotolle ja voivat valita lääkäriinsä. Perusterveydenhuollon lääkäriillä tulee lain mukaan olla yleislääketieteen erikoislääkärin pätevyys, mutta yleislääketieteen erikoislääkäreiden vähäisen määrän vuoksi tämä ei ole toteutunut käytännössä. Perusterveydenhuollossa työskentelee useita ammattiryhmiä, esimerkiksi lääkäreitä, sairaanhoitajia, lastenhoitajia, lääkintävoimistelijoita, työterapeutteja ja kuraattoreita.

Vastuu ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä on maakäräjillä. Maakäräjät voivat järjestää toiminnan itse taikka sopia palvelun tuottamisesta kunnan pelastuslaitoksen taikka yksityisen yrittäjän kanssa. Erityisesti suurissa kaupungeissa toiminnan hoitavat yksityiset yrittäjät. Maakäräjät päättävät alueella noudatettavasta palvelutasosta ja tarvittaessa vahvistavat aikatavoitteet potilaan tavoittamiselle. Suurin osa maakäräjistä on tehnyt sopimuksen ensivastetehtävien hoidosta kunnallisen pelastuslaitoksen kanssa.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairanhoidon järjestämisvastuu on maakäräjillä. Erikoissairaanhoitoa annetaan lääninsairaaloissa ja aluesairaaloissa. Ruotsissa on kahdeksan aluesairaala ja 70 lääninsairaala. Lääninsairaalat antavat erikoistuneempaa hoitoa sekä avohoitona että laitoshoidona. Aluetason sairaaloissa hoidetaan harvinaisia ja vaikeita sairauksia ja vammoja. Aluesairaalat ovat usein yliopistosairaloita, joissa on myös tutkimusta ja opetusta. Jos maakäräjäkunnalla ei ole omaa aluesairaala, maakäräjäkunta voi tehdä sopimuksen toisen maakäräjäkunnan kanssa hoidon antamisesta

asukkaille. Ruotsin sosiaalihuollon (Socialstyrelsen) alaisuuteen on perustettu lautakunta käsittelemään vaativien hoitojen valtakunnallista keskittämistä.

Mielenterveyshäiriöiden hoidon järjestäminen

Mielenterveyshäiriöiden hoidon järjestämiseksi Ruotsissa on tehty kansallinen strategia ('Ambition och Ansvar: Nationell strategi av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, Socialstyrelsen 2007). Siinä tuodaan esille hoitojärjestelmän pirstaleisuus, hoitomenetelmien epätasaisuus, palvelujen epätasainen saatavuus ja kehittämisohdotukset.

Sosiaalihuolto

Ruotsin noin 290 kuntaa vastaavat sosiaalihuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Kuntien tehtävänä on järjestää vanhusten ja vammaisten hoito, sairaalasta kotiutuvien tarvitsema hoito ja tuki, kotipalvelut, mielen-terveyskuntoutujien asumis- ja muut palvelut sekä lasten päivähoito. Kunnat myös ylläpitävät julkisia hoitokoteja.

Kunnat vastaavat niiden vanhusten ja vammaisten, jotka asuvat muualla kuin omassa kodissaan (särksild boende), terveyden- ja sairaanhoidosta. Noin puolet Ruotsin kunnista on tehnyt maakäräjien kanssa sopimuksen siitä, että vastuu myös kotona asuvien vanhusten ja vammaisten hoidosta on kunnalla. Maakäräjäkunta vastaa kuitenkin aina lääkärin antamasta hoidosta.

Kuntoutus

Maakäräjät ja terveydenhuoltojärjestelmä vastaavat lääketieteellisestä kuntoutuksesta. Kuntien sosiaalihuolto hoitaa sosiaalista kuntoutusta ja primäärikuntoutus työpaikoilla on työnantajien vastuulla. Työvoimahallinto vastaa laajemmasta työmarkkinakuntoutuksesta.

Suun terveydenhuolto

Maakäräjillä on vastuu julkisen suun terveydenhuollon järjestämisestä väestölle, josta

säädetään tarkemmin hammashuollosta annettussa laissa (Tandvårdslag 1985:125).

Hammashuollon palveluja tuottavat sekä julkinen sektori (folktandvård) että yksityiset palveluntuottajat. Julkinen sektori tuottaa pääosan lasten ja nuorten hammashuollosta. Yksityinen sektori vastaa suurimmasta osasta aikuisten hammashuollon palvelujen tuotantoa.

Lasten ja alle 20 -vuotiaiden nuorten suun terveydenhuolto on maksutonta. Aikuisten suun terveydenhuollon kustannuksia tuetaan sairausvakuutuksella. Korvaus koskee sekä julkisen sektorin tuottamia palveluja että Vakuutuskassan (Försäkringskassa) hyväksymän yksityisen palvelun tarjoajan tuottamia palveluja. Yli 65 -vuotiaat henkilöt ovat oikeutettuja kalliiden kustannusten erityiskorvaukseen tietyistä toimenpiteistä.

Ruotsissa toteutettiin heinäkuun alusta 2008 aikuisväestön hammashoitouudistus. Uudistus sisältää kaksi tukimuotoa hammashoittoon. Toinen on kaikille aikuisille kohdennettava ja joka toinen vuosi maksettava hammashoidon tuki palvelusetelityypistä. Kaikille maksettavan tuen arvo on 300 kruunua, joka määrä on kaksinkertainen 20-29-vuotiaille ja 75 vuotta täyttäneille. Toinen tuki pitää sisällään korkeakustannussuojan. Kustannussuoja hammashoittoon jakautuu siten, että 3000 kruunuun asti potilas maksaa hammashoidon kustannukset itse. Jos kustannukset ylittävät 3000 kruunua mutta ovat alle 15 000 kruunua potilas maksaa kustannuksista 50 prosenttia. Kustannusten ylittäessä 15 000 kruunua potilas maksaa kustannuksista 15 prosenttia. Uudistus kaksinkertaistaa valtiolle koituvat hammashoidon kustannukset kolmesta miljardista kruunusta 6 miljardiin kruunuun.

Työterveyshuolto

Ruotsissa ei ole työterveyshuollon järjestämiseen velvoittavaa lakia. Työterveyshuolto kohdistuu lähes yksinomaan työympäristö-, ergonomia-, ennaltaehkäisy- ja neuvonta-tehtäviin. Työkyvyn arviointi ja sairauslomien kirjoittaminen on pääasiassa terveyskeskuslääkärin tehtävänä.

Asiakasmaksut

Terveystenhuollon maksut ovat kaikille yhtenäiset, tuloista riippumattomat ja tasoltaan melko alhaiset. Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on noin 15 prosenttia. Maakäräjillä on oikeus lainsäädännön asettamissa rajoissa päättää maksuista, minkä vuoksi maksut vaihtelevat jonkin verran alueellisesti. Valtakunnallinen avoterveydenhuollon maksukatto on noin 97 euroa vuodessa. Valtakunnallinen reseptilääkkeiden maksukatto on noin 193 euroa vuodessa ja sairaalahoidon enimmäiskustannus on noin 8,6 euroa hoitopäivältä. Lisäksi Ruotsissa on käytössä useita alueellisia maksukattoja.

Yksityiset palvelut

Julkisten terveystenhuollon, -asemien ja sairaaloiden lisäksi palveluja tarjoavat myös erityyppiset yksityiset organisaatiot. Suurin osa yksityisistä palvelujen tuottajista tuottaa palveluja julkiselle sektorille sopimuksen perusteella. Lääkärit eivät pääsääntöisesti voi työskennellä samanaikaisesti julkisen ja yksityisen sektorin palveluksessa. Yksityissektorille palveluja tuottavien yrittäjien osuus palvelujen järjestämisestä on pieni ja yksityinen palvelutuotanto keskittyy suurimpiin kaupunkeihin.

Maakäräjien ostot yksityisiltä yrityksiltä sekä yleishyödyllisiltä yhdistyksiltä ja säätiöiltä terveyden- ja sairaanhoidossa olivat vuonna 2005 14,7 (1,58€) miljardia kruunua, mikä vastasi lähes kymmentä prosenttia maakäräjien terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksista lukuun ottamatta hammashuoltoa. Ostopalvelujen käyttö vaihtelee suuresti eri maakäräjäkunnissa. Osa maakäräjäkunnista on siirtänyt suuren osan perusterveydenhuollon tehtävistä, monissa tapauksissa kokonaisia julkisia terveystenhuollon yksiköitä, yksityisen toimijan vastuulle.

Yksityistä sairaalatoimintaa koskevia rajoituksia on purettu heinäkuusta 2007 alkaen. Maakäräjäkunta voi siirtää sairaalan toiminnan yrityksen hoidettavaksi. Hoitoa voidaan rahoittaa myös muulla tavoin kuin julkisella rahoituksella tai asiakasmaksuilla.

Kuntien järjestämässä vanhustenhuollossa markkinaperusteiset toimintamallit, kuten

esimerkiksi erilaiset tilaaja-tuottajamallit, ovat lisääntyneet 1990-luvulta lähtien merkittävästi. Vastuu palvelujen saatavuudesta ja määrästä on säilynyt edelleen kunnilla, mutta tuottamisvastuuta on siirretty sopimuksin yksityisille organisaatioille.

Potilaan valinnanvapaus

Perusterveydenhuollossa potilaalla on oikeus valita lääkärinsä myös oman maakäräjäkuntansa ulkopuolelta. Valinnanvapaus helpottaa erityisesti toisen maakäräjäkunnan alueella tilapäisesti oleskelevien henkilöiden hakeutumista hoitoon. Valinnanvapautta laajennettiin vuonna 2003, jonka jälkeen potilas on voinut hakeutua hoitoon koko valtakunnan alueella samoin ehdoin kuin kotimaakäräjäkunnassaan. Jos kotimaakäräjäkunta on tehnyt päätöksen tietyn hoidon antamisesta potilaalle, potilas voi itse valita hoitoa antavan sairaalan. Tässä tapauksessa potilas vastaa itse toisessa maakäräjäkunnassa annettavasta hoidosta syntyvistä lisäkustannuksista, esimerkiksi matkakustannuksista. Vapaa valinnanmahdollisuus ei koske yliopistosairaaloihin annettavaa hoitoa.

Huhtikuussa 2008 Ruotsissa julkaistiin hallituksen selvitys potilaan oikeuksista (Vårdval i Sverige, SOU 2008:37). Selvityksessä esitetään lainsäädännön muutosta, jonka mukaan potilas voisi valita vakituisen lääkärin ja maakäräjien korvaus seuraa potilaan mukana. Valinta olisi vapaa maakäräjien alueella. Potilas voisi valita yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä. Samoin ehdotetaan yksityisille palveluntuottajille oikeutta tarjota palveluja (fri etablering i primärvården). Uusi lainsäädäntö tulee mahdollisesti voimaan 1 päivänä tammikuuta 2009.

Hoitoon pääsy

Terveyden- ja sairaanhoitolain mukaan asiakkaalle tulee antaa hänen sitä pyydettyään mahdollisimman pian arvio hänen terveydentilastaan. Potilaalla on oikeus saada toisen lääkärin arvio terveydentilastaan, silloin kun tieteellinen ja kliiniseen kokemukseen perustuva tieto eivät anna yksiselitteistä vastausta ja hoitoratkaisu voi sisältää potilaalle erityisiä riskejä tai sillä on suuri merkitys po-

tilaan tulevan elämänlaadun kannalta. Oikeus on rajoitettu koskemaan ainoastaan potilaita, joilla on hengenvaarallinen tai erittäin vakava sairaus tai vamma. Potilaalle on tarjottava uuden arvion osoittama hoito.

Potilas voi hakeutua hoitoon joko terveyskeskukseen taikka sairaalan avohoitoyksikköön. Potilaita pyritään ohjaamaan ensisijaisesti terveyskeskukseen määrittelemällä terveyskeskuksen asiakasmaksut sairaalan avohoitoyksikköjen maksuja alemmiksi. Julkisen sektorin erikoissairaanhoidon palveluihin pääsee vain sairaalan avohoitoyksikön läheteellä. Maakäräjät voivat päättää erikoissairaanhoidon ja erikoislääkäreiden palvelujen piiriin lähettämisen käytännöistä alueellaan.

Vuonna 2005 tuli voimaan hoitotakuu, joka perustuu sopimukseen valtion ja Ruotsin kuntaliiton (Sveriges Kommuner och Lands-ting) välillä. Sen mukaan potilaan tulee saada puhelimitse tai paikan päällä yhteys perusterveydenhuoltoon samana päivänä, aika yleislääkärille seitsämän päivän kuluessa, aika erikoissairaanhoidon 90 päivässä lähteen saamisesta ja erikoissairaanhoidossa hoito on annettava 90 päivän kuluessa hoitopäätöksen tekemisestä. Jos maakäräjät ei pysty tarjoamaan hoitoa aikarajojen puitteissa, sen on osoitettava potilaalle hoitopaikka muualla ilman, että potilaalle koituu siitä lisäkustannuksia. Joillakin maakäräjillä on ollut vaikeuksia järjestää mielenterveyspalveluja ja polvi- ja lonkkaleikkauksia määrääjäsä.

Uudistushankkeet

Vuonna 2003 Ruotsissa asetettiin parlamentaarinen komitea (Ansvarskommitté) selvittämään valtion, maakäräjien ja kuntien mahdollisuuksia selviytyä hyvinvointipalvelujen järjestämisestä tulevaisuudessa. Komitean tuli tarpeen mukaan tehdä esityksiä hallintorakenteen ja tehtävänjaon muutoksista. Komitea jätti loppumietintönsä hallitukselle helmikuussa 2007 (SOU 2007:10). Komitea esitti, että Ruotsiin perustettaisiin 6-9 aluekuntaa (regionkommuner), jotka korvaisivat nykyiset maakäräjät. Samanaikaisesti perustettaisiin uusi valtiollinen organisaatio: 6-9 läänä, joiden alueet olisivat yhteneväiset aluekuntien kanssa. Komitea ehdottaa myös,

että Ruotsiin säädettäisiin kansallinen potilaslaki, jolla vahvistettaisiin kansalaisen asemaa terveyden- ja sairaanhoidossa. Uudistushankkeet eivät toistaiseksi ole edenneet.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2005 Ruotsissa 9,1 prosenttia BKT:stä. Terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden olivat ostovoimakorjattuna 2918 USD. Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 84,6 prosenttia. Yksityisten menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 15,4 prosenttia ja julkishallinnon osuus, lukuun ottamatta sosiaalivakuutusta, terveydenhuollon kokonaismenoista oli 84,6 prosenttia. Terveydenhuollon kustannuksista vuonna 2005 kohdistui perusterveydenhuoltoon 16 prosenttia, somaattiseen erikoissairaanhoidon 52 prosenttia, psykiatriseen erikoissairaanhoidon yhdeksän prosenttia, suun terveydenhuoltoon kolme prosenttia, lääkekustannuksiin 11 prosenttia ja muuhun terveyden- ja sairaanhoidon yhdeksän prosenttia.

2.2.2. Tanska

Tanskassa on toteutettu julkisen sektorin rakenneuudistus vuoden 2007 alusta. Rakenneuudistus muutti kunta- ja aluejaotuksen lisäksi kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja. Uudistuksen toteuttaminen perustui poliittiseen sopimukseen. Uudistuksesta ei säädetty erillistä lakia, vaan uudistus toteutettiin muuttamalla erityislainsäädäntöä poliittisen sopimuksen mukaisesti. Yhteensä uudistuksen toteuttaminen edellytti 50 lain muutosta.

Valtion vastuulla on koordinoita pitkälle erikoistuneita palveluja, koota erikoisaloja yhteen ja turvata palvelujen tasainen hyvä laatu. Valtion tehtävänä on terveydenhuollon erityissuunnittelu, erityistason palvelut esimerkiksi vammaisille, toisen asteen koulutus ja ammattikorkeakoulujen ylläpito, veroarvioiden laadinta sekä yhteiskunnallisesti merkittävät kaavoitus-, ympäristö- ja luonnon-

suojelutehtävät.

Rakenneuudistuksella aikaisempien 15 maakunnan tilalle perustettiin viisi aluetta, joiden päätehtävänä on terveydenhuollon järjestäminen, aluekehityksestä vastaaminen ja sosiaalihuollon laitoshoidon järjestäminen. Uudistuksen jälkeen Tanskassa on 98 kuntaa aikaisemman 271 kunnan sijasta. Kunnat saivat uudistuksessa lisää tehtäviä ja vastuuta. Kunnat vastaavat muun muassa sosiaalipalveluista, vanhustenhuollosta, kansanterveys-työstä, johon sisältyy terveyden edistäminen, ehkäisevät palvelut ja terveydensuojelu. Uudistuksessa rahoituksen pääperiaatteena oli, että rahoitus siirtyy tehtävien mukana. Kunnilla ja valtiolla on verotusoikeus, mutta ei alueilla. Alueiden terveydenhuoltokulut kateetaan valtiollisesta määrärahasta ja valtiollisesta toimintarahastosta, joiden lisäksi kunnat myöntävät osarahoitusta. Terveydenhoidon rahoituksesta kunnat rahoittavat 20 prosenttia.

Tanskan uusi terveydenhuoltolaki (Sundhedsloven, lov nr. 546, 24.6.2005) tuli voimaan vuoden 2007 alussa. Laissa säädetään muun muassa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämisestä, potilaan oikeuksista ja hoitoon pääsyn määräaajoista.

Terveyden edistäminen

Terveydenhuoltolain mukaan kunnilla on päävastuu terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä terveydenhuollosta. Lisäksi laissa on erityissäännökset lapsiin ja nuoriin kohdistuvasta ehkäisevästä terveydenhuollosta. Kunnat järjestävät yleisiä terveyttä edistäviä ja ehkäiseviä terveyspalveluja, kaikille lapsille tarkoitettuja yksilöllisiä palveluja sekä erityisen tuen tarpeessa oleville lapsille erityispalveluja. Kouluikäisille lapsille järjestetään terveysneuvontaa, tukea ja terveystarkastuksia. Ennaltaehkäisevän hoidon ja terveyden edistämisen tulee tapahtua lähiyhteisössä, kuten päiväkodeissa, kouluissa tai vanhusten laitoksissa. Vaikka ehkäisevät palvelut ovat olleet Tanskassa jo pitkään kuntien tehtävänä, terveyden edistäminen siirtyi maakunnilta kuntien tehtäväksi vasta vuoden 2007 alusta.

Terveyshallitus (Sundhedsstyrelsen) ja siellä sijaitseva Terveyden edistämisen keskus hallinnoi ehkäisevää toimintaa ja terveyden

edistämistä valtakunnallisesti. Paikallisen tason ehkäisevää toimintaa ja terveyden edistämistä rahoitetaan osittain valtakunnallisesti, muun muassa tukemalla paikallisia hankkeita ja kokeiluja.

Alueiden tulee valmistella vaalikausittain yhdessä kuntien kanssa alueelliset terveys-suunnitelmat, jotka sisältävät katsauksen väestön terveydentilan kehityksestä sekä suunnitelman palvelujen järjestämisestä, terveyden edistäminen mukaan luettuna. Suunnitelmat kattavat sekä alueiden, perhelääkäreiden että kuntien toiminnan ja ne lähetetään Sundhetstyrelsenin hyväksyttäväksi.

Perusterveydenhuolto

Kunnilla on vastuu sairaaloiden ulkopuolella järjestettävästä kuntoutuksesta, päihdehuollosta, kotisairaanhoidosta, vanhustenhuollosta, vammaispalveluista, päihdepalveluista ja hammashuollosta.

Alueet vastaavat sairausvakuutusjärjestelmään kuuluvista yleis- ja erikoislääkäripalveluista. Perusterveydenhuollon yleislääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimus alueen kanssa. Tanskan perhelääkärijärjestelmässä potilailla on mahdollisuus valita yleislääkäriinsä ja rekisteröityä valitsemansa yleislääkärin potilaaksi. Julkinen valta sääntelee lääkäreiden lukumäärää. Yleislääkäri toimii portinvartijana ja lähettää potilaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluihin tai erikoislääkärille.

Erikoissairaanhoito

Tanskassa alueet vastaavat sairaalapalveluista, erikoissairaanhoidosta ja kliinisestä psykiatriasta. Alueiden perustamisella tavoiteltiin hoidon laadun parantamista kokoamalla hoidot lähemmäksi toisiaan, hyödyntämällä erikoistumisen etuja ja turvaamalla tehokain mahdollinen resurssien käyttö. Alueet toimivat tilaajaorganisaatioina ja julkisten sairaaloiden osalta samalla tuottajina. Lisäksi alueet ovat tehneet sopimuksia yksityisten ja ulkomaisten sairaaloiden kanssa palvelujen tuottamisesta.

Alueet vastaavat myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä. Palveluja voivat tuottaa yksityiset tai julkiset palvelu-

jen tuottajat.

Alueiden ja kuntien tulee erityisissä terveydenhuollon koordinoitavaliokunnissa varmistaa, että hoidot, kuntoutus ja ennaltaehkäisy kytkeytyvät toisiinsa. Niiden tulee sopia toimintatavoista kotiutettaessa heikkoja iäkkäitä potilaita sairaalasta sekä laatia ennaltaehkäisyä ja kuntoutuspalveluja koskevia sopimuksia.

Mielenterveystyö

Psykiatrian palvelujärjestelmän rahoitus ja organisaatio uudistettiin vuoden 2007 alusta voimaan tulleen terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä. Psykiatrisen avohoidon kehitys käynnistettiin aluepsykiatria -mallin pohjalta ja psykiatrisen hoidon järjestämisvastuu siirrettiin viidelle alueelle. Rahoituksesta 80 prosenttia tulee valtiolta, 10 prosenttia kunnilta ja 10 prosenttia hoitomaksuista. Terveystieteiden keskeinen rooli psykiatrian keskitetyssä ohjaamisessa muun muassa siltä osin, mitä palveluja hyväksytään toteutettavaksi milläkin keskitetyn tasolla. Tällä tavoin on voitu kehittää hyvin erikoistuneita yksiköitä. Laadunvarmennuksen parantamiseksi maassa pidetään kansallista rekisteriä.

Sosiaalihuolto

Vuoden 2007 alusta kunnat vastaavat kaikkien sosiaalihuollon avopalvelujen rahoituksesta, ylläpidosta ja viranomaisoimista tarkoituksena sekä turvata selkeä vastuunjako että varmistaa sosiaalisten vastuiden ratkaiseminen lähellä kansalaisia. Pääperiaatteena on, että kunnat itse päättävät minkälaisia sosiaalipalveluja ne asukkailleen tarjoavat.

Alueet vastaavat sosiaalihuollon laitoshoidosta, ellei vastuun siirtämisestä kunnalle ole erikseen sovittu. Kunnat voivat sopia siitä, että ne ottavat hoitaakseen alueen järjestämisvastuulla olevia tehtäviä. Sosiaalisista ongelmista kärsiville lapsille ja nuorille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitokset ovat kuitenkin lähtökohtaisesti sijaintikunnan vastuulla.

Kuntien mahdollisuuksia perustaa palvelukeskuksia on edistetty, jotta kuntalaisilla olisi yksi ainoa paikka, johon ottaa yhteyttä huolimatta siitä, millä viranomaisella on lopulli-

nen vastuu kulloisestakin asiasta.

Suun terveydenhuolto

Kunnat ovat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Palvelut tuotetaan joko julkisen sektorin palveluna tai kunnan kanssa tehtyyn sopimukseen perustuen yksityisten hammaslääkäreiden palveluina. Lapsilla, nuorilla ja eräillä erityisryhmillä on oikeus maksuttomaan kunnalliseen hammashuoltoon. Sairausvakuutus kattaa osan aikuisten hammashuollon kustannuksista. Potilas maksaa itse noin 40-60 prosenttia hammashoidon kustannuksista.

Asiakasmaksut

Sairausvakuutusjärjestelmä kattaa kaikki asukkaat. Asukas voi itse valita käyttämänsä vakuutusryhmän. Vakuutusryhmässä 1 terveyspalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja julkisen järjestelmän tuottamia. Potilaat rekisteröityvät valitsemansa yleislääkärin potilaaksi. Yleislääkäri päättää, mitkä hoidot katsotaan asiakkaan kannalta tarpeellisiksi ja antaa tarvittaessa potilaalle lähetteen erikoislääkärin vastaanotolle tai sairaalaan. Yleislääkärin palvelut ja yleislääkärin lähetteellä tapahtuva erikoissairaanhoito on potilaalle maksutonta. Suurin osa asukkaista (97,6 prosenttia vuonna 2001) on valinnut ryhmän 1.

Vakuutusryhmän 2 valinneiden asukkaiden ei tarvitse rekisteröityä yleislääkärin potilaaksi ja he voivat hakeutua suoraan erikoislääkärin hoitoon ilman yleislääkärin lähetettä. Potilas maksaa hoidostaan itse sen osan, mikä ylittää vakuutusryhmän 1 taksan.

Hoitoon pääsy ja valinnan vapaus

Potilas saa valita itse yleislääkärinsä. Saatuaan lähetteen sairaalaan, potilaalla on mahdollisuus valita hoitoa antava julkisen sektorin sairaala myös oman alueensa ulkopuolelta.

Jos potilaan asuinpaikan alue ei pysty järjestämään sairaalahoidon kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta alueen sairaalaan, potilaalla on mahdollisuus saada hoitoa yksityisessä tai ulkomailla sijaitsevassa sairaalassa, joka on tehnyt alueen kanssa sopimuksen

hoidon antamisesta. Alueen on viimeistään kahdeksan työpäivän kuluessa lähetteen saapumisesta alueen sairaalaan ilmoitettava potilaalle tutkimuksen tai hoidon toteuttamispäivä, pystyykö alue antamaan hoitoa säädetys-sä kuukauden määräajassa ja mahdollisuudesta valita hoitoa antava sairaala sekä hoitoon pääsyn odotusajat oman ja muiden alueiden sairaaloissa.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2005 Tanskassa 9,1 prosenttia BKT:stä ja terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden ostovoimakorjattuna 3108 USD. Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 84,1 prosenttia. Yksityisten menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 15,9 prosenttia. Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 14,3 prosenttia.

2.2.3. Norja

Norjan terveydenhuolto on verorahoitteinen ja kattaa koko väestön. Verorahoituksen lisäksi sairausvakuutusjärjestelmä kattaa 14 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Julkisten terveyspalvelujen järjestämisvastuu on jaettu siten, että valtio järjestää neljän alueellisen terveystyöryksen kautta erikoissairaanhoidon, kunnat vastaavat perusterveydenhuollosta ja aluetaso (fylke) vastaa suun terveydenhuollosta. Kunnilla on verotusoikeus, mutta alueelliset terveydenhuoltoyritykset saavat rahoituksensa valtion keskushallinnolta.

Julkinen terveydenhuolto on maan terveys- ja sosiaaliministeriön (Helse- og omsorgsdepartementet) alainen. Ministeriö vastaa kansallisen terveyspolitiikan laatimisesta ja valvonnasta. Kansallisella tasolla ministeriö on kokonaisvastuussa myös siitä, että järjestelmä toimii tehokkaasti ja toteuttaa sen perustavoitteita.

Terveyden edistäminen

Norjan kunnallisia terveyspalveluja koskevan lain (Lov om helsetjenesten i kommu-

ne, 1982-11-19-66) mukaan kunnan velvollisuutena on edistää kansanterveyttä, hyvinvointia sekä hyviä sosiaalisia ja ympäristöolosuhteita sekä ehkäistä ja hoitaa sairauksia ja vammoja. Ehkäisevää työtä tehdään myös kuntien vastuulla olevassa kouluterveydenhuollossa, terveyskeskuksissa ja lasten terveydenhuollossa. Kunnan tulee tarjota tietoa ja lisätä kiinnostusta siihen, mitä yksilöt itse ja yhteisöt voivat tehdä oman hyvinvointinsa, terveytensä ja kansanterveyden edistämiseksi. Kunnan terveyspalvelujen tulee seurata terveydentilaa kunnassa ja niitä tekijöitä, jotka voivat siihen vaikuttaa, sekä ehdottaa terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä toimenpiteitä kunnalle.

Perusterveydenhuolto

Kuntien järjestämästä perusterveydenhuollosta säädetään kunnallisia terveyspalveluja koskevassa laissa. Kuntien järjestämään perusterveydenhuoltoon kuuluu muun muassa terveysasematoiminta, kouluterveydenhuolto, sairauksien, vammojen ja vahinkojen diagnosoiminen ja hoitotoimenpiteet, kuntoutus sekä ehkäisevä terveydenhuolto ja ehkäisevä päihdetyö. Kunnat vastaavat myös yleislääkäripalveluista, avohoidon päivystyksen järjestämisestä, kotisairaanhoidosta ja vanhusten laitoshoidosta sekä sairaanhoitaja- ja kätilöpalveluista. Kunnat koordinoivat perusterveydenhuollon kuntoutuspalvelujen järjestämistä ja vastaavat siitä, että tarpeen mukaista kuntoutusta on saatavilla. Erikoissairaanhoidossa järjestettävä kuntoutus on alueellisten terveydenhuoltoyhtiöiden vastuulla.

Norjan perusterveydenhuollon järjestämisessä pääperiaatteena on, että asukkaat voivat listautua valitsemansa yleislääkäripraktiikkaa harjoittavan lääkärin potilaaksi. Lähes kaikki norjalaiset ovat halunneet liittyä järjestelmään ja 98 prosenttia väestöstä on listautunut yleislääkärin potilaaksi. Lääkärin valinta ei ole sidottu asuinkuntaan tai muuhun maantieteelliseen seikkaan. Potilas voi vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa. Yleislääkäri toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin nähden ja arvioi potilaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen. Potilaalla on oikeus toisen yleislääkärin arvioon erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeestaan.

Yleislääkärit työskentelevät itsenäisinä ammatinharjoittajina ja ovat sopimussuhteessa kuntaan. Yleislääkäreiden tehtäviin kuuluu myös potilaiksi listautuneiden ehkäisevä terveydenhuolto ja potilastietojen ylläpito.

Järjestelmään siirtymisen tavoitteena vuonna 2001 oli helpottaa lääkäripalvelujen saantia ja parantaa palvelujen laatua vahvistamalla lääkäri-potilas -suhdetta. Ministeriö, potilaat ja lääkärit pitävät yleislääkärijärjestelmää toimivana. Lääkärit ovat arvioineet hoidon laadun parantuneen hoitosuhteen jatkuvuuden seurauksena. Yleislääkärin rooli portinvartijana ei ole kuitenkaan vahvistunut toivotulla tavalla. Erikoissairaanhoidon lähettettyjen potilaiden ja potilaille kirjoitettujen lääkemääräysten määrä on kasvanut uudistuksen jälkeen. Vuosina 2001 ja 2002 toteutettujen perusterveydenhuollon uudistuksen ja sairaalauudistuksen jälkeen Norjan terveydenhuollon menot ovat kasvaneet merkittävästi. Samaan aikaan potilaskontaktit ovat lisääntyneet, mikä on tulkittu siten, että palvelujen saatavuus on parantunut. Uudistus houkutteli lisää lääkäreitä perusterveydenhuoltoon, mikä myös paransi palvelujen saatavuutta. Uudistuksen jälkeen pienimmillä kunnilla on edelleenkin ollut vaikeuksia lääkärityövoiman saamisessa.

Kunnilla on paljon valinnanvapautta lakisääteisten tehtäviensä järjestämistavan suhteen. Norjassa kunnat voivat hankkia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityisiltä toimijoilta, järjestää ne itse tai sopia palvelujen järjestämisestä yhdessä muiden kuntien kanssa. Tilaaja-tuottajamalleja on otettu käyttöön erityisesti suurissa kunnissa.

Potilailla on lailla turvattu oikeus kunnan järjestämään tarpeelliseen terveydenhuoltoon. Kunnan tulee turvata vähintään minimitason terveyspalvelut ja joissakin tilanteissa palvelut tulee antaa tiettyjen aikarajojen puitteissa. Palvelun järjestämiseen velvollinen kunta ei voi kieltäytyä tarpeellisten terveyspalvelujen järjestämisestä taloudellisin perustein. Lisäksi potilaan oikeuksista annetun lain mukaan kaikilla potilailla on oikeus välttämättömään kiireelliseen sairaanhoitoon perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tarpeellisten terveyspalvelujen lisäksi kunta voi taloudellisten resurssiensa puitteissa järjestää muitakin palveluja.

Erikoissairaanhoido

Norjan erikoissairaanhoido järjestettiin uudelleen vuonna 2002 tehdyllä uudistuksella, jossa sairaalat siirtyivät valtion omistukseen. Valtio on vastuussa neljän alueellisen terveydenhuoltoyhtiön (de regionale helseforetakene) kautta sairaalahoidosta ja erikoistuneemmista terveyspalveluista. Alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt vastaavat myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä maa- ja vesiteitse sekä ilma-aluksilla. Alueet voivat järjestää toiminnan itse tai hankkia palvelut yksityisiltä yrityksiltä.

Alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt omistavat sairaalat, jotka ovat myös yhtiömuotoisia (helseforetak). Terveidenhuoltoyhtiöitä on koko maassa noin 30. Terveidenhuoltoyhtiö on itsenäinen oikeushenkilö. Sillä on johtokunta sekä johto, joka vastaa päivittäisistä toiminnoista. Säännökset yhtiöiden toiminnasta ja organisaatiosta ovat terveydenhuoltoyhtiöistä annetussa laissa.

Erikoissairanhoidon terveydenhuoltoyhtiömalli perustuu osittain tilaajan ja tuottajan erottamiseen toisistaan siten että alueellinen terveydenhuoltoyhtiö ostaa palvelut ja terveydenhuoltoyritykset tuottavat erikoissairanhoidon palvelut. Kuitenkin alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt omistavat terveydenhuoltoyritykset ja siten vastaavat myös valtion tuottajafunktiosta. Alueellisella terveydenhuoltoyhtiöllä on sopimuksia radiologiaa ja laboratoriopalveluja tuottavien yksiköiden, yksityisten erikoislääkäreiden ja kuntoutusyksiköiden kanssa. Alueellisen terveydenhuoltoyhtiön ja terveydenhuoltoyritysten suhdetta on yritetty selkeyttää erottamalla terveydenhuoltoyrityksen omistajan rooli ja tilaajan rooli yrityksen hallinnossa. Suurimassa osassa maata ei ole mahdollista saada aikaan aitoa kilpailua erikoissairanhoidon palvelujen tarjoajien kesken.

Sairaalauudistuksella etsittiin ratkaisua terveyspalvelujen alueellisiin tasoeroihin, kasvaviin jonoihin ja kustannusten kasvuun. Valtion rahoitus osaltaan edistää kansalaisten tasavertaista palvelujen saantia asuinkunnasta riippumatta. Erikoissairanhoidon järjestämistavan muutos on parantanut potilaiden tyytyväisyyttä ja sairaaloiden tehokkuutta, lyhentänyt hoitoon pääsyn odotusaikoja ja

palvelujen laatuun on kiinnitetty enemmän huomiota. Samaan aikaan julkisen sektorin terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet huomattavasti, mikä on johtanut siihen, että Norjassa terveydenhuollon kustannukset asukasta kohden ovat OECD maista kolmanneksi korkeimmat.

Potilaalla, joka on ohjattu erikoissairaanhoidon, on oikeus valita hoitoa antava sairaala tai terveydenhuollon yksikkö, mutta ei hoidon tasoa. Potilas voi valita julkisista sairaaloista tai yksityisistä terveydenhuoltoyksiköistä, jotka ovat tehneet sopimuksen terveydenhuoltoyhtiön kanssa. Potilas voi käyttää oikeuttaan sairaalan valintaan myös hoidon aikana. Potilaan toivomuksesta esimerkiksi terveydentilan arviointi, leikkaus ja kuntoutus voidaan tehdä eri sairaaloissa. Alueellinen terveydenhuoltoyhtiö vastaa potilaan oman alueen ulkopuolella annettavan hoidon kustannuksista ja matkakustannuksista. Kun potilas valitsee hoitopaikan oman alueensa ulkopuolelta, potilaan omavastuu matkakustannuksista on korkeampi kuin, jos hoito toteutettaisiin potilaan asuinalueen sairaalassa.

Pitkäkestoisten terveyspalvelujen tarpeessa oleville asukkaille tulee tehdä suunnitelma hoidon toteuttamisesta yhteistyössä asiakkaan kanssa. Vastuu suunnitelman tekemisestä on hoitoa antavalla kunnalla taikka sairaalalla.

Mielenterveystyö

Norjassa tehtiin poliittinen päätös 1997 asettaa mielenterveyspalvelujen parantaminen kansalliseksi agendaksi. Koko maahan luotiin alueelliset psykiatrian keskukset kattaen 30 000 - 60 000 väestöpohjan riippuen väestöstä ja välimatkoista. Psykiatrian keskusten tehtävä on tarjota avohoitopalveluja, hoitoa päiväyksiköissä, kriisi-interventioita, lyhytaikaista sairaalahoidoa, pitkäaikaista osastohoitoa, kuntoutusta ja liikkuvien tiimien palveluja. Psykiatriset avohoitoyksiköt liitettiin näihin, vain erityisosaamista vaativa avohoito jätettiin suurempien psykiatristen sairaaloiden yhteyteen. Keskusten tärkeä tehtävä on tarjota konsultaatiota, työnohjausta ja tukea perusterveydenhoidolle ja sosiaalityölle. Keskukset on liitetty itsenäisinä yksiköi-

nä paikallisen yleissairaalan yhteyteen, missä se on mahdollista.

Psykiatrisen sairaalahoidon tehtäväksi määritettiin potilaan kokonaisvaltainen psykiatrin arviointi, pitkäkestoisen hoitosuunnitelman tekeminen siten, että se on toteutettavissa alueellisen psykiatrisen keskuksen tai peruspalvelujen kautta. Lasten ja nuorten palvelut järjestettiin avohoitopainotteisesti.

Terveysministeriö velvoitti jokaisen kunnan tekemään palvelujen tarpeen arviointiin perustuvan suunnitelman psyykkisesti häiriintyneen henkilön hoidosta. Suunnitelman tekeminen oli lisärahoituksen saamisen ehtona. Norjassa tehtiin valtakunnalliset ohjeet psykiatristen keskusten organisoinnista ja tehtävistä. Ohjeissa painotetaan yhteisöpsykiatriaa ja avohoitopainotteisuutta, palvelujen järjestämisen periaatteita, arvoja ja annetaan vaadittavat standardit. Valtio otti omistukseensa erikoissairaanhoidon palvelut. Muodostettiin viisi alueellista terveyspalvelujen tuottajayksikköä. Nämä yksiköt raportoivat suoraan terveysministeriön kautta valtionhallinnolle.

Suun terveydenhuolto

Aluetaso (fylkeskommun) vastaa julkisesta suun terveydenhuollosta. Julkiseen suun terveydenhuoltoon ovat oikeutettuja lapset, nuoret ja tietyt erityisryhmät, kuten esimerkiksi pitkäaikaissairaat ja laitoksissa asuvat henkilöt. Suurin osa aikuisväestön suun terveydenhuollon palveluista tuotetaan yksityis-sektorilla potilaan omalla kustannuksella. Sairausvakuutuksesta maksetaan korvausta tiettyjen toimenpiteiden kustannuksiin. Noin kolme neljäsosaa Norjan hammaslääkäreistä työskentelee yksityissektorilla. Aluetaso voi hankkia julkisen suun terveydenhuollon palveluja ostamalla niitä yksityisiltä palvelun tuottajilta.

Sosiaalipalvelut

Kunnat vastaavat vanhusten ja vammaisten pitkäaikaisen hoidon järjestämisestä. Pitkäaikaista hoitoa järjestetään hoitokodeissa, asumispalveluyksilöissä ja kotona annettavina palveluina. Hoitokodeista säädetään kunnallista terveydenhuoltoa koskevassa lainsä-

dännössä ja asumispalveluyksiköistä ja koto-
na annettavista palveluista säädetään sosiaa-
lipalveluista annetussa laissa (Sosiaali-
palvelulain 1991-12-13 nr 81). Vanhusten ja
vammainen hoito pyritään järjestämään
mahdollisimman pitkään asiakkaan omassa
kodissa.

Perusterveydenhuollon tasolla kunnat vas-
taavat sosiaalipalveluista annetun lain mu-
kaan ehkäisevästä päihdetyöstä. Kunnat voi-
vat tehdä yhteistyötä järjestöjen kanssa. Alue-
elliset terveydenhuoltoyritykset vastaavat
päihdehuollon erikoissairaanhoitotason pal-
veluista. Alueelliset terveydenhuoltoyritykset
voivat ostaa palveluja yksityisiltä palvelun-
tuottajilta.

Asiakasmaksut

Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon
kustannuksista on 15,6 prosenttia. Maksut on
hinnoiteltu käytettävän palvelun ja muun
muassa käyntiajankohdan mukaan, mutta
maksut ovat yhtenäiset koko maassa. Potilas
maksaa asiakasmaksun suoraan lääkärille.
Sairaalassa annettava hoito on ilmaista kai-
kille sairausvakuutuksen piirissä oleville.

Maksukattoja on Norjassa käytössä kaksi.
Normaalin terveydenhoidon maksukatto,
noin 207 euroa vuodessa, kattaa lääkäri-,
röntgen- ja laboratoriokustannukset, pakolli-
set lääkkeet ja matkakustannukset. Toiseen
maksukattoon, jonka määrä on noin 312 eu-
roa vuodessa, lasketaan edellisten lisäksi
muun muassa hammashuollosta, fysioterapi-
asta ja kuntoutuksesta aiheutuvia kustannuk-
sia. Terveydenhuollon maksukaton täytyttyä
potilas saa terveydenhuollon maksutta lop-
puvuoden ajan.

Kunnan järjestämä vanhusten ja vammais-
ten kotihoito ja vanhusten laitoshoidon hoito-
kodeissa eivät sisälly maksukattoon lasketta-
viin kustannuksiin. Näiden sosiaalipalvelujen
omavastuuosuus on usein korkea, esimerkik-
si hoitokotien asukkaat maksavat 75 – 85
prosenttia tuloistaan kunnalle asiakasmak-
suina.

Aikuisten hammashuolto ja silmälasit jää-
vät julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle.

Yksityinen sektori

Voittoa tavoittelemattomat yksityisen sek-
torin palvelujen tuottajat, esimerkiksi kirkon
omistama säätiö, ovat integroituneet osaksi
julkista terveydenhuoltoa. Voittoa tavoittele-
vat terveydenhuollon yritykset täydentävät
julkisten palvelujen tarjontaa tarjoamalla
esimerkiksi plastiikkakirurgiaa.

Yksityisen sektorin tuottamat palvelut ovat
merkittävässä asemassa julkisen sektorin
palveluihin verrattuna ainoastaan päihde-
huollon, kuntoutuksen ja hammashuollon
palvelujen järjestämisessä. Joitakin tukipal-
veluja, esimerkiksi radiologiaa ja laborato-
riopalveluja tuotetaan pääasiassa yksityisesti.

Hoitoon pääsy

Potilaslain mukaan potilaalla, joka on oh-
jattu julkiseen sairaalaan erikoissairaanhoi-
toon, on oikeus terveydentilan arviointiin 30
arkipäivän kuluessa lähetteen saapumisesta
sairaalaan. Arvioinnin tulee sisältää arvio
hoidon tarpeesta ja hoidon toteuttamisen
ajankohdasta. Lisäksi tulee arvioida, katso-
taanko potilas etuoikeutetuksi saamaan hoi-
toa erikoissairaanhoidossa sekä hänelle mah-
dollisesti määrättävästä yksilöllisestä määrä-
ajasta, jonka aikana hoitoa on annettava.

Lääketieteellisen arvion perusteella erikois-
sairaanhoitoa eniten tarvitsevat potilaat ovat
etuoikeutettuja hoitoon pääsyssä. Heille mää-
ritellään yksilöllinen määräaika, jonka kulu-
essa hoito on järjestettävä. Arvio perustuu
lääketieteellisiin perusteisiin ja lisäksi hoi-
dosta tulee olla odotettavissa hyötyä ja kus-
tannusten tulee olla kohtuullisissa suhteissa
hoidosta koituvaan hyötyyn. Jos alueellinen
terveydenhuoltoyhtiö ei pysty järjestämään
hoitoa määräajassa, tulee hoito järjestää
muualla alueellisen terveydenhuoltoyhtiön
kustannuksella. Hoito voidaan järjestää julki-
sessa tai yksityisessä sairaalassa Norjassa
tai ulkomailla.

Uudistushankkeet

Norjassa on 431 kuntaa ja 19 aluetta (fyl-
ke). Norjan hallitus on päättänyt toteuttaa
alue- ja paikallishallinnon hallintouudistuk-
sen vuoden 2010 alusta. Hallintouudistukses-

sa 3 suoralla kansanvaalilla valittua aluetta korvasi nykyiset 19 aluetta. Uudistusta koskevat tehtävä- ja vastuunjakoja koskevat muutosesitykset annettiin Norjan parlamentin käsiteltäväksi syksyllä 2006. Päätökset aluejaoista tehtäneen vuonna 2008.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2006 Norjassa 8,7 prosenttia BKT:stä ja terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden ostovoimakorjattuna 4364 USD (2005). Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 83,7 prosenttia (2006). Yksityisten menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 16,3 prosenttia (2006). Julkishallinnon osuus, lukuun ottamatta sosiaalivakuutusta, terveydenhuollon kokonaismenoista oli 69,6 prosenttia (2006) ja sosiaalivakuutuksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista 14,1 prosenttia (2006). Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 15,6 prosenttia (2005). Yksityinen rahoitus kohdistuu pääosin hammashuoltoon ja lääkkeisiin.

2.2.4. Iso-Britannia

Ison Britannian julkinen terveydenhuolto-palvelu (National Health Service, NHS) tuottaa kaikille Isossa-Britanniassa asuville yleisiä, hoidon tarpeeseen perustuvia, palveluja maksukyvystä riippumatta. NHS tuottaa perusterveydenhuollon ja avohuollon terveyspalveluja, sairaalahoitoa sekä terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen, itsehoitoon, kuntoutukseen ja jälkihoitoon liittyvää yksilölähtöistä tiedotusta ja tukea. NHS rahoitetaan pääosin valtion verotuloilla. Palvelut ovat asiakkaille pääsääntöisesti maksuttomia.

Isossa-Britanniassa käynnistettiin vuonna 2000 kymmenvuotinen terveydenhuollon uudistamisohjelma, jonka tavoitteena on saada aikaan potilaslähtöinen julkinen terveyspalvelujärjestelmä, joka hyödyntää käytettävissä olevat voimavarat mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti terveyden edistämiseksi, terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi sekä parhaan mahdollisen tervey-

denhuollon varmistamiseksi. Uudistuksen tavoitteena on lisätä potilaiden valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuuksia hoitonsa suhteen.

Maa on jaettu kymmeneen alueeseen, joiden terveysviranomaiset (Strategic Health Authorities) vastaavat alueensa terveyspalvelujen kehittamisestä, laadun ja tehokkuuden varmistamisesta, palvelujen riittävydestä sekä kansallisten painopisteohjelmien toteutumisesta.

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon ensisijaisia palveluntuottajia ovat yleislääkärit, hammaslääkärit, optikot, apteekkarit, julkisen terveydenhuoltojärjestelmän terveysasemat (walk-in-clinics), neuvontapalvelu (NHS Direct) ja hoitosäätiöt. Potilaat voivat valita yleislääkäriänsä asuinalueensa lääkäreistä ja rekisteröityä hänen potilaakseen. Suurin osa yleislääkäreistä on yksityisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimus palvelut hankkivan perusterveydenhuollon säätiön kanssa. Yleislääkärit antavat hoidon lisäksi myös terveysneuvontaa ja rokotuksia sekä tekevät yksinkertaisia kirurgisia toimenpiteitä. Vastaanotot ovat potilaalle maksuttomia. Julkisen sektorin erikoissairaanhoidon palveluihin vaaditaan yleislääkärin lähete.

Julkisen terveyspalvelun terveysasemia (NHS walk-in-centres) on noin 90 kappaletta ja ne tarjoavat nopean pääsyn terveysneuvontaan ja hoitoon. Terveysasemilla on joustavat vastaanottoajat ja ne sijaitsevat lähellä asiakkaita, eikä palvelun käyttäminen vaadi ajanvarausta tai rekisteröitymistä. Terveysasemien palveluihin kuuluu vähäisten sairauksien ja vammojen hoito, terveydenhoitajan arvio hoidon tarpeesta ja terveyden edistämiseen sekä paikallisiin terveyspalveluihin liittyvä neuvonta.

Perusterveydenhuollon säätiöt (Primary Care Trusts) vastaavat 80 prosentista koko julkisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudesta. Perusterveydenhuollon säätiöiden vastuulla on paikallisen väestön tarvitsemista terveyspalveluista päättäminen sekä palvelujen tarjonnan ja mahdollisimman hyvän saatavuuden varmistaminen. Näihin palveluihin kuuluvat sairaalahoito, mielenterveyspalve-

lut, yleislääkärin vastaanotot, seulontaohjelmat, potilaskuljetus sekä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin kuuluvat hammaslääkärit, apteekkarit ja optikot. Säätiöiden tehtäviin kuuluu myös henkilökunnan osaamisen kehittäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyön varmistaminen. Perusterveydenhuollon säätiöt tekevät yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja paikallisten viranomaisten kanssa. Perusterveydenhuollon säätiöt toimivat tilaajaorganisaatioina ja voivat tuottaa osan palveluista itse.

Hoitosäätiöt (Care Trusts) toimivat sekä terveys- että sosiaalialalla. Hoitosäätiöt tuottavat muun muassa sosiaalipalveluja, mielen-terveyspalveluja ja perusterveydenhuollon palveluja. Hoitosäätiö perustetaan NHS:n ja paikallisten viranomaisten yhteistyösopimuksella alueella, jossa koetaan, että terveys- ja sosiaalipalvelujen tiiviimpi yhteistyö on tarpeen tai että se hyödyttäisi paikallisia palveluja.

Erikoissairaanhoito

Julkisen terveydenhuollon säätiöt (NHS Trusts) tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut. Rahastosäätiöt (Foundation Trusts) ovat uudella tavalla organisoituja, paikallisten johtajien, henkilökunnan ja asukkaiden edustajien johtamia sairaaloita, jotka on räätälöity paikallisen väestön tarpeiden mukaan. Rahastosäätiöllä on enemmän taloudellista ja toiminnallista liikkumatilaa kuin muilla julkisen terveydenhuollon säätiöillä. Julkisen terveyspalvelun akuuttisäätiöt (Acute Trusts) johtavat sairaaloita. Akuuttisäätiöt työllistävät suuren osan NHS:n työntekijöistä. Osa akuuttisäätiöistä on alueellisia tai valtakunnallisia erikoissairaanhoidon keskuksia. Toiset toimivat yliopistojen yhteydessä ja niissä koulutetaan terveydenhuollon ammattilaisia. Lisäksi akuuttisäätiöt tuottavat palveluja paikallisella tasolla esimerkiksi terveyskeskuksissa, lääkäriasemilla tai potilaiden kotona.

Ensihoitoa ja kiireellistä sairaankuljetusta hoitavat ambulanssisäätiöt. Perusterveydenhuollon säätiöiden vastuulla on varmistaa, että alueella on tarpeisiin nähden riittävät ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut. Ambulanssisäätiöt voivat hoitaa myös kiireettömiä po-

tilaskuljetuksia. Paikallisten sopimusten mukaan potilaskuljetukset voidaan hoitaa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajien kautta.

Mielenterveyspalveluja tuotetaan eri tasoilla perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon. Mielenterveyspalveluja tuotetaan yleislääkärin, kriisityön ja muiden kotiin annettavien palvelujen sekä erikoissairaanhoidon kautta.

Sosiaalihuollon palvelujen järjestäminen on kuntien tehtävä.

Asiakasmaksut

Julkisen terveydenhuollon terveyspalvelut ovat pääsääntöisesti maksuttomia asiakkaille. Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on 2,1 prosenttia. Kunnallisista sosiaalipalveluista peritään tulosisäntöisiä asiakasmaksuja.

Lääkekustannuksissa asiakkaan omavastuu on noin yhdeksän euroa lääkemääräystä kohden, mikä vastaa noin 63 prosenttia keskimääräisestä lääkkeen hinnasta. Useat erityisryhmät saavat alennusta näistä maksuista. Asiakas voi lunastaa ennalta maksettavan vapaakortin, joka kattaa kaikki reseptiläkkeet. Vapaakortin hinta on 130 euroa vuodelta tai 46 euroa neljältä kuukaudelta.

Julkinen hammashuolto on järjestetty itsenäisten hammaslääkäreiden kautta, jotka tekevät sopimuksen paikallisten terveysviranomaisten kanssa. Toimenpiteiden hinnat ovat kiinteät. Aikuiset maksavat itse 80 prosenttia hoidon kustannuksista, lapsille hoito on ilmaista. Maksukatto on noin 544 euroa vuodessa.

Yksityiset palvelut

Yksityisen sektorin yleislääkärin vastaanottoja on vähäinen määrä. Yleislääkäreitä toimii yksityisillä markkinoilla hyvin vähän. Yleislääkärit voivat työskennellä julkisen terveydenhuollon ohella myös yksityissektorilla, mutta eivät voi hoitaa yksityisesti potilaakseen listautuneita julkisen terveydenhuollon potilaita. Julkisen erikoissairaanhoidon lääkärit voivat tarjota potilailleen palveluja myös yksityisesti. Yksityisellä sektorilla potilas voi hakeutua erikoislääkärin vastaan-

otolle ilman lähetettä, mutta silloin hän maksaa kustannukset itse. Suurimmat yksityisiä sairausvakuutuksia myöntävät yhtiöt edellyttävät kuitenkin yleislääkärin lähetettä ennen erikoislääkärin palvelujen käyttämistä.

Yksityisiä sairaaloita on noin 240 kappaletta ja niissä on alle viisi prosenttia maan sairaalapaikoista.

Hoitoon pääsy

Lainsäädännössä ei ole sitovia hoitoon pääsyn määräaikoja, vaan hallitus on asettanut tavoiteajat, joiden puitteissa hoito tulisi järjestää. Tavoitteeksi on asetettu, että potilas pääsisi terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle 24 tunnin kuluessa ja yleislääkärin vastaanotolle 48 tunnin kuluessa yhteydenotosta. Vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan 75 prosenttia potilaista ilmoitti, että kahden vuorokauden tavoiteaika oli toteutunut heidän kohdallaan.

Hallituksen tavoitteena on varmistaa, että vuoden 2008 loppuun mennessä sairaalahoitoon tulisi päästä 18 viikon kuluessa lähteen saamisesta. Tämä hoitoon pääsyn tavoiteaika ei kuitenkaan korvaa olemassa olevia lyhyempiä tietyille sairauksille, kuten syöpä- ja sydäntaudeille, määriteltyjä tavoiteaikoja.

Potilaan valinnanvapaus

Vuodesta 2004 kaikilla enemmän kuin kuusi kuukautta leikkausta odottaneilla potilailla on ollut mahdollisuus hakeutua hoitoon toiseen sairaalaan tai toiselle palveluntuottajalle, tarvittaessa myös yksityissektorille taikka ulkomaille. Vuodesta 2006 kiireettömään sairaalahoitoon lähetetyille potilaille on tarjottu mahdollisuus valita hoitopaikkansa vähintään neljästä palveluntuottajasta. Perusterveydenhuollon säätiöt laativat palveluntuottajaluettelon, josta asiakkaat voivat valita haluamansa palveluntuottajan. Tätä luetteloa on laajennettu asteittain.

Huhtikuusta 2008 alkaen yleislääkärin lähete useimpiin kiireettömän hoidon muotoihin antaa potilaalle mahdollisuuden valita mieleisensä sairaalan tai lääkäriaseman, joka tarjoaa hoidon julkisen terveystalouden hinnalla julkisen terveystalouden normien mukaisesti.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat Isossa-Britanniassa 8,3 prosenttia BKT:stä (2005) ja terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden ostovoimakorjattuna 2724 USD (2005). Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 86,3 prosenttia (2006) ja yksityisten menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 13,7 prosenttia (2006).

2.2.5. Alankomaat

Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus perustuu sairausvakuutukseen. Valtio ei osallistu varsinaiseen palvelujen tuottamiseen, joka ensisijaisesti on yksityisten palveluntuottajien, eli yksittäisten ammattihenkilöiden ja hoitolaitosten, tehtävä. Vakuutusmaksantajat maksavat terveystalouden palvelujen tuottajille vakuutettujen käyttämät palvelut. Terveystalouden edistäminen ja ehkäisevät palvelut on järjestetty paikallisella tasolla kunnissa.

Sairausvakuutusjärjestelmän uudistus tuli voimaan vuoden 2006 alussa. Aikaisempi järjestelmä, jossa enemmistö väestöstä kuului julkisen sairausvakuutuksen piiriin ja vähemmistö yksityisen sairausvakuutuksen piiriin, korvattiin yhdellä kaikkia koskevalla järjestelmällä. Uudistuksen tavoitteena oli yksinkertaistaa sairausvakuutusjärjestelmää, antaa vakuutusyhtiöille mahdollisuudet tehostaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa, parantaa terveydenhuollon laatua, lisätä sen asiakaslähtöisyyttä ja säilyttää palvelujen yleinen saatavuus.

Sairausvakuutusjärjestelmän uudistus koski vain perusterveydenhuollon, hammashuollon ja erikoissairaanhoidon vakuutusjärjestelmää. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja koskeva vakuutus lisättiin järjestelmään vuoden 2008 alusta. Muitakin vakuutusjärjestelmää koskevia uudistuksia on tarkoitus tehdä lähivuosina, esimerkiksi hoitokoteja koskeva vakuutusjärjestelmä on tarkoitus uudistaa. Terveystalouden palvelujen tuottamista koskevaa lainsäädäntöä ollaan myöskin uudistamassa.

Kaikilla asukkailla on velvollisuus hankkia sairausvakuutus. Markkinoilla toimii noin 30 yksityistä, voittoa tavoittelevaa vakuutus-

senantajaa. Asiakas voi valita vapaasti vakuutuksenantajansa ja vakuutusyhtiötä voi vaihtaa kerran vuodessa. Kaikkien asukkaiden on hankittava perussairausvakuutus, jonka sisältö määritellään lailla. Perussairausvakuutus sisältää lähes kaiken terveyden- ja sairaanhoidon, muun muassa yleislääkärin palvelut, sairaalahoidon ja lääkkeet. Vakuutuksenottaja maksaa perussairausvakuutuksesta kiinteän vakuutusmaksun. Vakuutuksenantaja päättää vakuutusmaksun määrän, mutta on velvollinen tarjoamaan laissa säädetty palvelut kaikille samalla hinnalla. Vakuutuksenantajan on hyväksyttävä kaikki asukkaat perusvakuutuspaketin asiakkaaksi samoin ehdoin asiakkaan henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta.

Lisäksi asukas voi hankkia vapaaehtoisen lisävakuutuksen, joka kattaa muita terveyspalveluja, kuten joitakin fysioterapian palveluja, aikuisten hammashuollon palveluja, psykoterapiaa sekä vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Käytännössä vakuutusyhtiöt kilpailevat keskenään lisäpalvelujen hinnalla. Perussairausvakuutus kattaa 95 prosenttia terveydenhuollosta, kun taas vapaaehtoiset lisävakuutukset kattavat 5 prosenttia terveydenhuollon kustannuksilla mitaten.

Terveydenhuollon vakuutuksenantajien tulee täyttää laissa määrätyt edellytykset, mutta ne voivat tavoitella voittoa. Vakuutuksenantajat neuvottelevat palveluntuottajien kanssa palvelujen hinnasta, sisällöstä ja järjestämisestä. Vakuutuksenantajien ei tarvitse tehdä sopimusta jokaisen palveluntuottajan kanssa, vaan ne voivat valita yhteistyökumppaninsa.

Lähes puolet terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksesta katetaan sairausvakuutuksen kiinteällä vakuutusmaksulla. Kukaan vakuutusyhtiö määrittelee itsenäisesti kiinteän vakuutusmaksun määrän ja lisäksi vakuutusmaksun määrään vaikuttavat muut vakuutusehdot. Kiinteän vakuutusmaksun määrä vuonna 2007 oli keskimäärin 1 135 euroa vuodessa vakuutettua henkilöä kohden. Vakuutettu maksaa kiinteän vakuutusmaksun suoraan vakuutusyhtiölle. Valtio rahoittaa alle 18-vuotiaiden henkilöiden vakuutusmaksut. Pienituloisille henkilöille, jotka eivät pysty maksamaan kiinteää vakuutusmaksua, voidaan myöntää taloudellista tukea.

Toinen puoli terveyspalvelujärjestelmästä

rahoitetaan veroluonteisin, tulosisonnaisin maksuin. Sairausvakuutuslain mukaan kiinteän vakuutusmaksun lisäksi palkansaajien tuloista peritään 6,5 prosentin suuruinen maksu, jonka kustannuksiin työnantajat osallistuvat. Maksun enimmäismäärä on noin 2 000 euroa vuodessa. Itsenäiset ammatinharjoittajat ja eläkeläiset maksavat 4,4 prosenttia tuloistaan. Tämän maksun sekä valtion maksaman alle 18-vuotiaiden henkilöiden kiinteän vakuutusmaksun osuus sijoitetaan sairausvakuutusrahastoon. Tästä rahastosta jaetaan varoja vakuutusyhtiöille erityisen riskintasausjärjestelmän mukaan.

Vakuutuksenottajalle voidaan palauttaa osa kiinteästä vakuutusmaksusta, jos hän on käyttänyt vuoden aikana terveydenhuoltopalveluja enintään 255 eurolla. Järjestelmä otettiin käyttöön vuonna 2005 palvelujen tarpeettoman käytön estämiseksi. Yleislääkärin vastaanotolla käynnit eivät kuulu järjestelmän piiriin. Järjestelmä korvataan vuoden 2008 alusta pakollisella 150 euron vuosittaisella omavastuusuudella, jonka vakuutuksenantaja perii vakuutuksenottajilta.

Perusterveydenhuolto

Yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit tuottavat perusterveydenhuollon palveluja. Potilaalla on oikeus valita oma yleislääkäriinsä ja rekisteröityä haluamansa yleislääkärin potilaaksi. Yleislääkärin vastaanotolla on usein myös vastaanottohoitajia tai -avustajia, jotka voivat tehdä itsenäisesti yksinkertaisia hoitotoimenpiteitä ja pitkäaikaissairaiden hoitoon liittyviä tehtäviä. Yleislääkäreiden ryhmävastaanotot, joissa työskentelee lisäksi muita ammattihenkilöitä, esimerkiksi fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä, ovat lisääntyneet viime vuosina.

Yleislääkärit, sosiaalityöntekijät ja perusterveydenhuollon psykologit järjestävät yhdessä perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut. Yleislääkäri voi lähettää potilaan yleisen sosiaalityön tai perusterveydenhuollon psykologin vastaanotolle. Yleislääkäri määrittelee myös, voidaanko potilas hoitaa perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen piirissä vai tarvitseeko hän erikoissairaanhoidon.

Terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut

Hollannissa kunnat vastaavat terveyden edistämisestä, terveysneuvonnasta, ehkäisevistä palveluista, kuten kouluterveydenhuollosta, rokotuksista ja seksuaalineuvonnasta. Yhteistyö sosiaalitoimen palvelujen kanssa on tiivistä muun muassa syrjäytymisen ehkäisemisen ja maahanmuuttajien kotiuttamistoiminnassa.

Kuntien tulee nelivuotiskausittain valmistella terveyden edistämisen suunnitelmat valtakunnallisten linjausten pohjalta.

Erikoissairaanhoito

Sairausvakuutusjärjestelmän kattamaan erikoissairaanhoitoon, samoin kuin tiettyjen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten fysioterapeutin tai toimintaterapeutin, palvelujen piiriin pääsemiseksi vaaditaan yleislääkärin lähete. Läheteessä määritellään tarvittava hoito, mutta ei hoidon antavaa erikoislääkärinä tai terveydenhuollon yksikköä.

Sairaaloiden avo- ja laitoshuollon erikoislääkärit tuottavat suurimman osan erikoissairaanhoidon palveluista. Yli 90 prosenttia sairaaloista on yksityisiä ja voittoa tavoittelemattomia, joiden lisäksi on julkisia yliopistosairaloita. Sairaalat voidaan jaotella yleissairaaloihin (93 sairaalaa), yliopistosairaaloihin, jotka hoitavat myös lääketieteellistä koulutusta ja tutkimusta (8 sairaalaa) ja erityistason hoitolaitoksiksi, jotka ovat erikoistuneet tiettyjen sairauksien taikka potilasryhmien hoitoon (63 laitosta). Yliopistosairaalat ovat tehneet keskinäisiä sopimuksia vaativien hoitojen keskittämistä.

Transmural care -käsite otettiin käyttöön 1990-luvun alussa. Sillä tarkoitetaan työtä, jolla helpotetaan organisatorisia ja taloudellisia raja-aitoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Avopalvelujen ja laitoshuollon toimijat tekevät yhteistyötä hoidon laadun ja tuottavuuden parantamiseksi. Transmural care -projektit suunnataan usein tiettyihin potilasryhmiin. Suurimmat ongelmat työn vakiinnuttamisessa osaksi järjestelmää liittyvät rahoitukseen.

Suun terveydenhuolto

Yksityiset hammaslääkärit tuottavat kaikki suun terveydenhuollon palvelut. Lasten ja nuorten suun terveydenhuollon palvelut sisältyvät perussairausvakuutukseen, mutta 21 vuotta täyttäneet henkilöt rahoittavat suun terveydenhuollon palvelunsa itse taikka vapaaehtoisen vakuutuksen kautta.

Sosiaalihuolto

Sosiaalipalveluja koskeva laki uudistettiin vuoden 2007 alusta. Sen mukaan kunnille siirrettiin vastuu terveydenhuoltoon liittyvistä sosiaalipalveluista, kuten kotipalveluista. Lailla korostetaan asiakkaan osallistumista ja omaa vastuuta. Kunnat saivat entistä vapaammat mahdollisuudet päättää vammaisten sekä pitkäaikais- ja geriatrisista sairauksia sairastavien kuntalaisten palvelujen tarjonasta. Kunnan tarjoamien palvelujen ei tarvitse olla paikallisia, vaan kunnat voivat ostaa esimerkiksi erityispalveluja muualta. Sosiaalipalvelujen sijaan kuntalaiset voivat valita niin kutsutun henkilökohtaisen budjetin, jonka tavoitteena on aktivoida yksilöä ja tarjota osallisuuden mahdollisuuksia hänen lähiyhteisölleen.

Asiakasmaksut

Perussairausvakuutukseen kuuluvien palvelujen käytöstä ei peritä asiakasmaksuja. Asiakas maksaa vakuutusmaksun vakuutusyhtiölleen, joka maksaa terveyspalvelujen tuottajalle vakuutetun käyttämät palvelut.

Potilaat voivat valita vakuutuksen, jossa on omavastuuosuus, taikka tehdä sopimuksen, jonka mukaan he saavat vakuutusmaksun palautuksen, jos eivät käytä terveyspalveluja.

Hoitoon pääsy

Lainsäädännöllä on turvattu kansalaisen oikeus saada välttämätöntä hoitoa, mutta laissa ei ole sitovia aikarajoja, joiden kuluessa hoitoa tulisi antaa. Valtio on myöntänyt lisärahoitusta, minkä avulla hoitojonot on saatu lyhenemään. Vakuutusyhtiöt kilpailevat asiakkaista muun muassa takaamalla vakuu-

tetuilleen hoidon tietyssä määrääjassa.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot vuonna 2005 Alankomaissa olivat 9,2 prosenttia BKT:stä (arvio) ja terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden ostovoimakorjattuna olivat 3094 USD (arvio). Julkishallinnon osuus (lukuun ottamatta sosiaalivakuutusta) oli terveydenhuollon kokonaismenoista 2,8 prosenttia (2006). Sosiaalivakuutuksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 59,5 prosenttia (2006) ja asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 7,8 prosenttia (2006).

2.2.6. EU-lainsäädäntö

Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö

Euroopan unionissa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovitaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä, jäljempänä asetus 1408/71, sekä sen täytäntöönpanoasetus (ETY) N:o 574/72). Asetuksen sairaus-etuusmääräykset koskevat Suomen julkisia terveydenhuoltopalveluja, sairausvakuutusta ja kuntoutusta. Asetusta sovelletaan EU-maiden lisäksi Euroopan talousalueen maissa ja Sveitsissä. Yleensä henkilö kuuluu asuinmaastaan riippumatta sen valtion lainsäädännön alaisuuteen, missä hän työskentelee. Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveystalvelut, kuten avosairaanhoido, hammashuolto ja sairaalapalvelut.

Asetuksen 22 artiklassa säännellään paitsi tilapäisen oleskelun aikana annettavasta sairaanhoidosta myös hoitoon hakeutumisesta julkisen palvelujärjestelmän kustannuksella. Artiklassa säädetään olosuhteista, joissa kansallinen toimivaltainen viranomainen ei voi evätä haettua ennakkolupaa. Lupaa ei voi evätä, jos hoito kuuluu kyseisen jäsenvaltion alueella sen sosiaaliturvan piiriin ja jos samanlaista tai tehokkuudeltaan samantasoista

hoitoa ei voi saada ajoissa kyseisen jäsenvaltion alueella sosiaaliturvajärjestelmän mukaisin edellytyksin. Hyväksyttävää aikaa koskevaa edellytystä on yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaisesti arvioitava kaikkien niiden olosuhteiden perusteella, jotka ovat luonteenomaisia kullekin konkreettiselle tapaukselle ottaen asianmukaisesti huomioon sekä potilaan lääketieteellisen tilanteen luvan hakemisen ajankohtana että sen aikaisemmat vaiheet ja sairauden todennäköisen etenemisen.

Jos lupa on myönnetty, asetuksen 22 artiklan puitteissa esitettyjen kulujen korvaaminen suoritetaan hoidon antaneen jäsenvaltion korvausjärjestelmien mukaan.

Suomessa asuva potilas voi hakeutua hoitoon Suomen ulkopuolelle ja muista maista on mahdollista hakeutua hoitoon Suomeen myös ilman ennakkolupaa. EY-tuomioistuimen ennakkoratkaisutapauksissa antamien päätösten perusteella potilaan kotimaan järjestelmän on korvattava ilman ennakkolupaa hankittu hoito. Suomessa ilman ennakkolupaa tapahtuneen hoidon kustannuksista on mahdollista saada korvaus sairausvakuutuslain ja kansallisten taksojen perusteella.

Voimassa olevan asetuksen 1408/71 korvaava asetus 883/2004 sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta on hyväksytty jo 14 päivänä huhtikuuta 2004 ja sen täytäntöönpanoasetusta koskeva valmistelu on parhaillaan käynnissä neuvoston työryhmässä. Uudet asetukset tulevat sovellettaviksi aikaisintaan vuoden 2009 alusta. Asetuksen 883/2004 soveltamisala on laajennettu myös henkilöihin, jotka eivät ole työelämässä. Vastaavasti komission ehdotuksesta seuraa, että myös työelämän ulkopuolella olevat jäsenvaltiossa laillisesti asuvat kolmannen valtion kansalaiset tulisivat sosiaaliturvan yhteensovittamista koskevien säännösten piiriin.

Terveystalveludirektiivi

Komissio on valmistellut direktiiviehdotusta rajat ylittävstä terveydenhuollosta. Sääntelyn tavoitteena on nykyisen oikeuskäytännön periaatteiden mukaisesti parantaa oikeusvarmuutta lähinnä tilanteissa, joissa potilas liikkuu jäsenvaltioiden välillä. Komissio an-

tanee ehdotuksensa kesäkuun lopulla 2008.

2.3. Nykytilan arviointi

2.3.1. Perusterveydenhuollon nykytilan arviointi

Kunta- ja palvelurakenneuudistus on käynnissä. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta edellyttää vähintään noin 20000 asukkaan väestöpohjaa kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä.

Manner-Suomessa on 237 terveyskeskusta (1 päivänä tammikuuta 2007). Yleensä kyseessä on kansanterveystyön kuntayhtymä tai yhden kunnan oma terveyskeskus. Uusia rakenteellisia ratkaisuja ovat isäntäkuntamallit (esimerkiksi Hollolan kunnan liikelaitos tuottaa perusturvan palvelut viidelle kunnalle), maakunnallinen terveydenhuolto (Kainuun hallintokokeilu), ostopalvelu yksityiseltä sektorilta (Karjaa) ja osittaiset ulkoistukset (terveyskeskuspäivystys, yksittäiset terveysasemat).

Terveyskeskuksilla on erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä ja hammaslääkäreitä sekä erityistyöntekijöitä (puheterapeutit, psykologit). Hoitotakuun toteutumisessa suurimmat vaikeudet ovat olleet suun terveydenhuollossa. Henkilöstövaje näkyy myös lääkäripalvelujen saatavuuden vaikeutumisena. Hoitotakuun kriittikki perusterveydenhuollossa on kohdistunut siihen, että palvelujärjestelmän painopiste kohdentuu enemmän kysynnän mukaan (puoli-akuutteihin vaivoihin) kuin tarpeen mukaan (krooniset sairaudet) ja on epäilty ehkäisevän työn jäävän vähemmälle. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon tarve ei kirjaudu eikä tule näkyväksi hajanaisen palvelujärjestelmän vuoksi, samoin tiedon kulku ja palvelukokonaisuuksien hallitseminen on ongelmallista. Ehkäisevää työtä ei ole kehitetty riittävän määrätietoisesti, minkä vuoksi erityis- ja erikoistason korjaavaan toimintaan joudutaan käyttämään runsaasti voimavaroja.

Päivystyksen keskittäminen, puhelinalvelun ja työnjaon kehittäminen ovat parantaneet terveyskeskusten toimivuutta.

Terveyskeskus- ja sairaalapäivystyspisteverkoston keskittyessä ensihoidon voimavaroja ei ole vastaavasti kyetty lisäämään. Tehtävämäärät ovat lisääntyneet ja potilaiden kuljetusmatkat pidentyneet, mikä sitoo huomattavasti kuljetuskapasiteettia. Yksittäisen kunnan alue ja väestöpohja ovat osoittautuneet liian pieniksi ensihoidon ja sairaankuljetuksen tarkoituksenmukaiselle järjestämiselle, eikä ensihoitotoiminnan kokonaisvaltaiseen suunnitteluun ole riittänyt osaamista tai resursseja. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvien tahojen lukumäärä on tällä hetkellä aivan liian suuri, jotta palveluja voitaisiin ohjata tarkoituksenmukaisella tavalla. Palveluntuottajien kanssa tehtyjen sairaankuljetus- ja ensihoitosopimusten käyttö toiminnan ohjaustyökaluina on vaikeaa. Lainsäädännössä ei ole määritelty keskeisiä ensihoito- ja sairaankuljetusjärjestelmässä käytettäviä käsitteitä. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen saatavuudessa ja tasossa on alueellisia eroja.

Suun terveydenhuollon palvelujen alueelliset erot ovat edelleen suuret ja väestöön suhteutettuja hammashuollon käyntejä oli vuonna 2006 eniten palveluja tuottaneen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa 1,4 -kertainen määrä verrattuna vähiten hammashuollon käyntejä tuottaneen sairaanhoitopiiriin terveyskeskuksiin. Hoitotakuun toteutumisessa on suun terveydenhuollossa ongelmia erityisesti isoissa kaupungeissa sekä terveyskeskuksissa, jotka kärsivät työvoimapulasta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä jonottaneita oli terveyskeskuksissa maaliskuussa 2008 noin 11 800 henkilöä.

OECD:n maa-arvion mukaan suomalaisen terveydenhuollon vahvuuksia ovat suhteellisen alhaiset kustannukset (terveydenhuollon BKT-osuus), terveyden edistämistyön menestyksellisyys, hyvä laatu ja korkea käyttäjätyytyväisyys järjestelmään kokonaisuutena. Erityisenä ongelmana OECD-arviossa nousee esille suhteellinen tuloryhmien välinen epätasa-arvo pääsyssä yleislääkärille, henkilöstövajaus joillakin alueilla ja pitkät jonoajat terveyskeskuksissa.

Potilaan ja asiakkaan näkökulmasta organisaatioiden rajapinnat tuottavat ongelmia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastakkainasettelu näkyy esimerkiksi sai-

raanhoitopiirien sakkopäivämaksuina peruskunnille, kun potilaan siirto erikoissairaanhoidosta terveyskeskusten vuodeosastolle viivästyy. Sama rajapintaongelma syntyy, kun terveyskeskuksen akuuttiosastolta etsitään vanhukseksi tai päihdeasiakkaalle jatkohoitoa, asumispalvelua tai kotipalvelua. Toiminnallista, alueellista integraatiota on pyritty edistämään palvelujen alueellisen järjestämissuunnitelman kautta. Nämä suunnitelmat on nyt ensimmäisen kerran laadittu sairaanhoitopiirien ja kuntien yhteistyönä. Sellaiseen toiminnalliseen integraatioon ei kuitenkaan ole päästy, jota järjestämissuunnitelmalla tavoiteltiin.

2.3.2. Erikoissairaanhoidon nykytilan arviointi

Suomalaisen erikoissairaanhoidon tunnusomaisia piirteitä ovat väkilukuun suhteutettuna runsas palvelutuotanto ja alhaiset kustannukset. Erilaatuisten ja -asteisten sairauksien hoitaminen asettaa kuitenkin erilaisia vaatimuksia niin hoitohenkilökunnalle kuin vaadittavalle tutkimus- ja hoitovälineistöllekin. Kaikkien sairaaloiden varustamisen sellaisella henkilöstöllä ja välineistöllä, että sairaala kykenisi huolehtimaan kaikenlaatuisten ja -asteisten sairauksien hoitamisesta, ei kuitenkaan ole taloudellisesti mahdollista.

Stakes on vuonna 2007 julkaisemassaan tutkimuksessa selvittänyt Pohjoismaiden sairaaloiden tuottavuutta. Tutkimuksen keskeinen tulos oli se, että suomalaiset sairaalat ovat Pohjoismaiden tuottavimpia. Huonoimmin tuottavat suomalaissairaalat olivat suunnilleen yhtä hyviä kuin esimerkiksi parhaiten tuottavat norjalaissairaalat. Palkkaerot oli eliminoitu tässä tutkimuksessa.

OECD:n tekemissä kahdessa Suomen terveydenhuollon arvioinnissa (v. 1998 ja v. 2005) kiinnitettiin huomiota erikoissairaanhoidon hajautuneisuuteen. Suomessa tuotetaan melko pienillä väestöpohjilla vaativaa erikoissairaanhoitoa. Pienimpien sairaanhoitopiirien väestöpohja on alle 70 000 asukasta, kun sairaanhoitopiirien keskimääräinen väestöpohja on noin 180 000 asukasta.

Kaikkein vaativimmat hoidot on Suomessa asetuksella keskitetty harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Näiden hoi-

tojen kokonaisvolyymi hoidettujen potilaiden määrästä on vain muutaman promillen luokkaa ja kustannukset alle viisi prosenttia erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista. Kaikkein vaativimman hoidon lisäksi suomalaisen sairaalajärjestelmään kuuluu, että hoitoja tai tutkimuksia keskitetään myös alueellisesti. Valtioneuvoston asetuksen mukaiset suunnitelmat tällaisista, alueellisesti keskitävistä hoidoista laadittiin ensimmäisen kerran kesäkuussa 2007. Alustavan analyysin perusteella voidaan todeta, että ne ovat vielä puutteellisia tai keskeneräisiä.

Erikoissairaanhoidon hajautumisen lisäksi OECD -arvioissa on kritisoitu potilaan valinnanmahdollisuuksien vähäisyyttä suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä. Sairaanhoitopiirit ovat kuitenkin viime vuosina solmineet keskenään sopimuksia, joiden perusteella potilas voi vapaasti hakeutua hoitoon naapurisairaanhoitopiiriin yksiköihin. Tällainen käytäntö on ollut toistakymmentä vuotta Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien välillä. Syksyllä 2007 vastaavan sopimuksen ovat tehneet muutkin Pirkanmaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit, Kanta-Hämettä lukuun ottamatta.

Vaikka erikoissairaanhoitolaissa erikseen todetaan, että potilaalla tulee olla mahdollisuus valita hoitava lääkäriensä, edellyttäen, että se yksikön työjärjestelyjen perusteella on mahdollista, ovat tosiasialliset hoitopaikan ja hoitavan lääkärin valinnan mahdollisuudet jääneet erikoissairaanhoidossa vähäisiksi. Vuoden 2008 helmikuun loppuun käytössä ollut erikoismaksuluokkakärjestelmä on josain määrin mahdollistanut hoitavan lääkärin valintaa, mutta erikoismaksuluokkapotilaita hoitavia lääkäreitä on kuitenkin ollut vain eräillä operatiivisilla aloilla eikä esimerkiksi konservatiivisilla erikoisaloilla käytännössä ollenkaan.

Hajautuneisuuden ja valinnan mahdollisuuksien vähäisyyden lisäksi, OECD -arvioiden mukaan, erikoissairaanhoidon keskeisiä ongelmia ovat olleet yksiköiden ohjauksen vähäisyys, kannusteiden puuttuminen toiminnasta lähes kokonaan ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon puutteellinen yhteistoiminta eräillä alueilla Suomessa.

OECD:n arviossa kiinnitettiin huomioita

myös hoitoon pääsyn hitauteen erityisesti elektiivisessä leikkaustoiminnassa. Hoitoon pääsy kiireettömissä hoidoissa on kuitenkin merkittävästi parantunut maaliskuussa 2005 voimaan tulleiden erikoissairaanhoitolain ja kansanterveyslain muutosten myötä. Vaikka läheskään kaikki sairaanhoitopiirit eivät vielä ole saaneet lyhennettyä kiireettömän hoidon jonojaan alle kuuden kuukauden mittaisiksi, niin kuin lakimuutoksissa edellytettiin, on paljon hyvää kehitystä tapahtunut. Kun lokakuussa 2002 yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli 66 000 vastaava luku joulukuun lopussa 2007 oli 9700. Leikkaushoitoon pääsyn ohella ongelmia on paikoin jonkin verran ollut myös sairaaloiden poliklinikoille pääsyssä, missä pisimmät jonotusajat ensimmäiselle käynnille saattavat olla jopa useiden kuukausien mittaisia. Stakesin selvityksen mukaan joulukuun 2007 lopussa kolme prosenttia niistä potilaista, jotka oli lähetetty erikoissairaanhoitoon ei-kiireellisellä läheteellä, oli odottanut ensimmäistä lääkärikäyntiä yli kolme kuukautta.

Psyykkisistä ongelmista kärsivän henkilön oikeus saada psykiatrasta hoitoa hoitotakuun säännösten mukaisesti on ongelmallinen, koska varsin usein häiriö vaatii kiireellistä hoitoa. Potilaita ei laiteta jonoon, mutta heille tarjotaan vähemmän erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa kuin olisi optimaalista, ts. hoito ei ole hoitosuosituksen mukaista. Puhutaan ns. piilojonoista. Lasten kohdalla kasvatus- ja perheneuvolat eivät kerää jonotietoja, koska ne eivät ole erikoissairaanhoitoa.

Vuoden 2006 lopulta lähtien TEO:lla on ollut terveydenhuollon yksiköiden ohjaus- ja valvontatehtävä. Vaikka TEO:n ja lääninhallitusten työnjako terveydenhuollon yksiköiden ohjauksessa ja valvonnassa on vielä jossain määrin selkiytymätön, ovat ohjaus ja valvonta selvästi tiivistyneet sitten vuoden 2005, jolloin viimeisen OECD -arvion johtopäätökset muovattiin.

2.3.3. *Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen*

Koulutuskorvauksen jakoperusteet on koettu pääosin toimiviksi, mutta korvauksen ta-

soa on pidetty riittämättömänä. Sekä hammaslääkäri- että lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja on 2000-luvulla lisätty huomattavasti. Vaikka opetukseen suunnattu valtion korvaus on noussut ja tulee edelleen nousemaan vuoteen 2011 mennessä viidellä miljoonalla eurolla vuodessa, valtion korvaus koulutustoimintaan tulee lisääntyneistä koulutusmääristä johtuen pysymään edelleen alhaisempana kuin toiminnasta aiheutuvat terveydenhuoltojärjestelmän kustannukset. Stakes on selvittänyt opetuksen ja tutkimuksen terveydenhuollon yksiköille aiheuttamia kustannuksia viimeksi vuonna 2004 julkaistussa raportissa. Tulokset perustuvat vuosien 1998-2002 tietoihin. Tulokseksi saatiin, että sekä koulutus-, että tutkimustoiminnan korvaukset ovat noin 30 miljoonaa euroa alhaisemmat kuin niiden terveydenhuollon yksiköille aiheuttamat kustannukset. Stakesin vuonna 2008 julkaiseman selvityksen mukaan opetuksesta terveydenhuollon yksiköille aiheutuvat kustannukset vuonna 2006 olivat 134 miljoonaa euroa. Valtion korvaus opetukseen ja tutkimukseen vuonna 2006 oli 87 miljoonaa euroa. Tämän mukaan rahoitusvaje olisi 47 miljoonaa euroa. Tutkimuksen kustannukset olivat vuonna 2006 115 miljoonaa euroa ja valtion tutkimuskorvaus oli 49 miljoonaa euroa. Muun tutkimusrahoituksen määrä oli 22 miljoonaa euroa. Tutkimusrahoituksessa rahoitusvaje olisi 66 miljoonaa euroa ja muu tutkimusrahoitus huomioon ottaen vaje olisi 44 miljoonaa euroa.

Valtion terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille on vuodesta 1997 vuoteen 2006 mennessä vähentynyt noin 60 miljoonasta eurosta noin 49 miljoonaan euroon. Samaan aikaan kliininen tutkimustoiminta on lisääntynyt merkittävästi.

Useat työryhmät ja selvityshenkilöt ovat arvioineet terveystieteellistä tutkimustoimintaa ja tehneet esityksiä järjestelmän kehittämiseksi 2000-luvulla.

Valtiontalouden tarkastusvirasto on selvittänyt vuonna 2005 terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuuden käyttö- ja jakoperusteita (Tarkastuskertomus 108/2005). Raportin keskeiset kritiikin kohteet olivat tutkimusrahoituksen ohjauksen vähäisyys tai puuttuminen kokonaan sekä rahankäytön lä-

pinäkyvyyden ja yhtenäisen tutkimusstrategian puuttuminen.

Rahoituksen saajat ovat kokeneet tutkimusrahoituksen keskeiseksi puutteeksi rahoituksen tason riittämättömyyden. Valtaosa rahoituksen saajista pitää julkaisupisteisiin perustuvaa rahanjakojärjestelmää edelleen ajankohtaisena, vaikkakin sitä kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Eri alojen tutkimus asettuu täysin eri asemaan riippuen siitä, minkälaiset pisteet alan parhaissa lehdissä julkaistu tutkimus tuottaa.

Vuonna 2006 raporttinsa (STM, selvityksiä 2006:34) jättänyt EVO- tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistamista pohtinut työryhmä esitti muun muassa terveystieteellisen tutkimuksen kansallisen neuvottelukunnan perustamista. Neuvottelukunnan tehtävänä olisi kansallisen yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen strategian luominen ja tulossopimusten tekeminen erityisvastuualueiden tutkimuskeskusten kanssa. Käytettävissä oleva valtion korvaus tutkimukseen jaettaisiin työryhmän ehdotuksen mukaan tutkimustyön tuloksellisuuden mukaan. Työryhmä ehdotti asteittaista luopumista julkaisupistejärjestelmästä ja uusien, tutkimustyön tuloksellisuutta paremmin kuvaavien mittareiden käyttöönottoa. Erityisvastuualueiden tutkimuskeskukset jakaisivat tutkimusrahoituksen kokonaisuudessaan hakemusten perusteella. Kolmannes saadusta rahoituksesta maksettaisiin tutkimustoiminnan edellytysten ylläpitoon ja kehittämiseen sille yksikölle, missä tutkimus ensisijaisesti suoritetaan.

Perusterveydenhuollon vahvistaminen on Matti Vanhasen II:n hallituksen hallitusohjelman terveydenhuoltoa käsittelevän osion eräs keskeisistä teemoista. Muun muassa tästä syystä on esitetty kysymys siitä, voitaisiinko perusterveydenhuoltoa vahvistaa suuntaamalla siellä tehtävälle tutkimukselle esimerkiksi jonkin suuruuden kiintiön kautta tutkimusrahoitusta valtion tutkimuskorvauksesta. Toinen esillä ollut kysymys on perusterveydenhuollon opetuslääkärijärjestelmän kehittäminen. Suuntaamalla varoja yliopistojen kansanterveystieteen laitosten kanssa tiiviissä yhteistyössä olevien opetus- ja tutkimusterveyskeskusten kautta saatetaan saada sellaisia hyötyjä, joita tässä yhteydessä tavoitellaan. Tutkimukseen suunnattava korvaus

on syytä kuitenkin jakaa hakemusten perusteella ja alan tutkijoiden arvion jälkeen eikä puhtaasti kiintiöperiaatteella.

2.3.4. *Terveydenhuollon rekisterinpidon arviointi*

Julkinen terveydenhuolto jakautuu lainsäädännössä kahdeksi eri toiminnaksi, kansanterveyslain tarkoittamaksi kansanterveystyöksi ja erikoissairaanhoidon tarkoittamaksi erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveystyöstä huolehtii kansanterveyslain 5 §:n mukaan kunta. Tätä tehtävää varten kunnalla tulee lain 15 §:n mukaan olla terveyskeskus. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin perustein vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon 10 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Potilaan tietojen käsittelyn tasolla kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon kahtiajako näkyy siinä, että potilaan hoidon dokumentaatio jakautuu vähintään kahdeksi eri potilasrekisteriksi. Näiden rekisterien välillä tietoa saadaan luovuttaa vain potilaan suostumuksella. Pääsääntönä suostumuksen antamisessa on kirjallinen suostumus. Suostumusmenettely koetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä käytännössä sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan taholla varsin tarpeettomana muodollisuutena, kun kuitenkin kyseessä on julkisen sektorin ylläpitämästä terveydenhoidosta sekä potilaan yhdestä sairaudesta, eivätkä potilaat yleensä miellä, että julkinen terveydenhuolto jakautuu hallinnollisesti kahdeksi eri toimintayksiköksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kun potilaan sairauden hoito on julkisella sektorilla jaettu hoidettavaksi kahdessa eri organisaatiossa, ovat potilaan hoitoon liittyvät tiedot tarpeellisia molemmissa organisaatioissa, kun hoitoa toteutetaan.

Sähköisten potilastietojen valtakunnallinen arkistointipalvelu helpottaa ja nopeuttaa potilastietojen luovuttamista terveydenhuollon palvelujen antajien välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tarvitaan järjestelmän valmistuttuakin tietojen luovutukseen edelleen potilaan suostumus, jos luovutus ei perustu nimenomaiseen lain

säännökseen.

2.3.5. *Ulkoistamismiskehitys*

Suomeen on syntynyt laaja yksityisten yhtiöiden hallinnoima sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman välitys- ja vuokraustoiminta. Terveysdenhuollon toimintaa myös ulkoistetaan, joka näkyy viime aikoina esimerkiksi pääkaupunkiseudulla lääkäripäivystyksen ulkoistamisena. Toiminta kasvaa tällä hetkellä hoivapalveluissa ja suun terveydenhuollossa. Nämä toimialueet tulevat todennäköisesti kasvamaan myös jatkossa.

Pääkaupunkiseudulla on haettu omia yhteisiä ratkaisuja lyhytaikaisten sijaisten hoitohenkilöstön rekrytointiongelmien. Koulutusmäärien nostamisella on kuitenkin pyritty vaikuttamaan ja lääkärikoulutuksen tuntuva lisäys näkyikin jo sairaaloissa helpottavana erikoistuvien lääkäreiden saamisena. Lähivuosina lääkärikoulutuksen lisäyksen arvioidaan vaikuttavan myös terveyskeskuksiin edellyttäen, että huolehditaan työolosuhteiden kehittämisestä terveyskeskuksissa. Kokonaisten terveyskeskusten tai yksittäisten terveysasemien toiminnan ulkoistaminen työvoiman vuokrausyrityksille jatkunee kuitenkin vielä lähivuosina. Terveysdenhuollon vaativimmat toiminnot pysyvät edelleen kuntien ja kuntayhtymien järjestettävänä.

Markkinoiden kehityksen johdosta yhteiskunnallisen ohjauksen merkitys lisääntyy ja julkisen sektorin tulee pystyä vastaamaan työvoiman rekrytointihaasteeseen. Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon tulee pystyä kilpailuttamaan palvelujen tuottajia ja myös työvoimaa mahdollisimman tehokkaasti. Riittävän suurten työnantajien (työnantajarenkaiden) syntyminen on välttämätöntä. Haasteita ovat tulospalkkausjärjestelmien toteuttaminen, joustavien työaikajärjestelyjen käyttöönotto, varahenkilöstöjärjestelyt ja kunnallisen työnantajan imagon parantaminen.

Suomalainen terveydenhuolto on tulevaisuudessa edelleen pääosin verorahoitteinen. Yksityisen- ja kolmannen sektorin palvelut täydentävät kuntien ja kuntayhtymien palvelutoimintaa. Terveysdenhuollon tukipalveluja on jo nyt siirtynyt paljon kunnallisiin liikelaitoksiin. Hankintatoimi, kuvantamis- ja

laboratoriopalvelut sopivat järjestettäväksi maakunnallisina tai erityisvastuualuekohtaisina kokonaisuuksina joko kunnallisissa liikelaitoksissa tai osakeyhtiöissä. Liikelaitoksiin tai osakeyhtiöihin sopivat myös sellaiset elektiiviset toiminnot, joita tuotetaan paljon ja joiden tuottaminen vaatii korkeaa ammattitaitoa. Näitä ovat esimerkiksi eräät operatiiviset hoidot kuten tekonivelkirurgia.

Sairaanhoitopiirit ja sosiaali- ja terveystoimintatilat kilpailuttavat jo nyt ennakolta suunniteltavissa olevien hoitojen hankkimista. Palveluja ostetaan yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Tämän toiminnan merkittävä laajeneminen lähivuosina ei ole todennäköistä. Sosiaali- ja terveystoimintatilat suurina työnantajina pystyvät todennäköisesti nykyisiä pieniä terveyskeskuksia paljon paremmin selviytymään työvoiman rekrytoinnista. Piirit pystyvät järjestämään kattavan täydennyskoulutuksen ja toimivan työyhteisön ja nykyisiä pieniä terveyskeskuksia selvästi paremman työnohjauskeskuksena.

Lääkärityövoimavajaselvityksen mukaan lokakuussa 2007 kahdeksan prosenttia eli 286 virkaa hoidettiin ostopalveluna. Vuonna 2005 ostopalveluna hoidettiin lähes seitsemän prosenttia eli noin 250 virkaa. Terveyskeskushammaslääkärivajeesta hoidettiin lokakuussa 2007 lähes neljä prosenttia eli 75 virkaa ostopalveluna.

Myös hoitajatyövoimavajaa pääkaupunkiseudun kunnat hankkivat pääosan lyhytaikaisista sijaisista henkilöstöpalvelujen kautta.

3. Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1. Tavoitteet

3.1.1. Johdanto

Esityksen tavoitteena on yhdistää kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki, jotta madalletaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä raja-aitoja ja terveydenhuollon eri alojen yhteistyötä alueellisesti voidaan edistää. Esityksen tavoitteena on myös kunnallisen järjestämisvastuun täsmentäminen. Terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu kuntien ensisijaisiin tehtäviin. Valtiolle kuuluu vastuu terveyspolitiikan oh-

jauksesta ja yleisistä toimintaedellytyksistä. Valtio sääntelee lainsäädännöllä kuntien ja kuntayhtymien tehtäviä sekä osallistuu myös toiminnan rahoitukseen valtionosuuksin.

Terveydenhuoltolain keskeinen kysymys on, miten perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä parannetaan nykyisestä. Vaihtoehtona perusterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistamiseksi on pidetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä esimerkiksi siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon toimivat yhteisessä organisaatiossa ns. terveyspiirimallin mukaisesti. Tällöin taloudellisten ja henkilöstöresurssien käytöstä ja kohdentamisesta päätettäisiin kokonaisuutena eikä erikseen kuten nykyisin.

Tarkoituksenmukaista on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason sekä eräiden sosiaalitoimen osa-alueiden saattaminen lähelle toisiaan. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi riittävän vahvojen terveyskeskusten tai pienten sairaalayksiköiden (nk. terveydenhuoltoalue) muodossa. Erikoissairaanhoidon perustasolla tarkoitetaan tässä yhteydessä polikliinistä konsultaatio-toimintaa tai enintään päiväkirurgista toimintaa. Näiden palvelujen tulisi olla riittävän lähellä väestöä kaikissa maan osissa. Sitä vastoin erityisosaamista vaativat toiminnot tulisi keskittää nykyistä harvempiin toimintayksiköihin. Tämä tarkoittaa myös vaativimman erikoissairaanhoidon edelleen keskittämistä erityisvastuualueilla.

Ehdotettu terveydenhuoltolaki sisältää hallitusohjelman, OECD-arvioiden ja toiminnassa muuten osoitettujen epäkohtien perusteella seuraavaa: Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon nähtävä yhtenä kokonaisuutena. Vaativimpia palveluja on syytä keskittää nykyistä enemmän, mikä merkitsee sairaanhoitopiirien määrän vähentämistä tai nykyistä selvästi tiiviimpää erityisvastuualueyhteistyötä tai molempia. Kunta- ja palvelurakennehankkeen (PARAS-hanke) yhteydessä tehtävä kehittämistyö sekä kansallisen terveysprojektin ja sosiaaliprojektin tulokset on hyödynnetty terveydenhuoltolaissa. Laajan väestöpohjan kuntayhtymän pitää sisällyttää terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen osaksi kaikkia hoitoprosesseja, tukea perusterveydenhuoltoa terveyden edistämises-

sä, seurata vastuualueensa väestön terveyttä sekä tukea asiantuntemuksellaan alueellista suunnittelua.

Terveydenhuolto rahoitetaan Suomessa pääosin verovaroin. Bruttokansantuoteosuudella mitaten terveydenhuollon kustannukset ovat meillä alhaiset, kaksi-kolme prosenttiyksikköä alhaisemmat kuin Pohjoismaissa naapureissamme. Silti terveydenhuoltomme tuottaa melko paljon palveluja. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon terveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden määrää vastaa Suomessa OECD-maiden keskitasoa, mutta sairaanhoitajien määrä on selvästi OECD-maiden keskitasoa suurempi.

Kuntien ja kuntayhtymien omistamat terveyskeskukset ja sairaalat tuottavat suurimman osan Suomessa tuotetuista terveyspalveluista. Yksityinen sektori täydentää kunnallista palvelujärjestelmää tuottamalla sekä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Vuosina 1972, 1989 ja 1990 voimaan tulleet kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki ja mielen-terveyslaki säätelevät kuntien järjestämisvelvoitteita. Näiden lakien voimaantulon jälkeisenä aikana sekä toimintaympäristö että terveydenhuollon toimintatavat ovat muuttuneet merkittävästi.

Väestörakenne on parhaillaan voimakkaassa muutoksessa. Ikääntyneen väestönosan suhteellinen osuus kasvaa nopeasti. Tämä merkitsee kroonisesti sairaiden määrän lisääntymistä ja terveyspalvelujen kysynnän kasvua. Samalla kuitenkin entistä suurempi osa väestöstä on aikaisempaa terveempää. Odotettavissa oleva elinikä pitenee ja monet sairaudet harvinaistuvat. Yhä suurempi osa suomalaisista on ylipainoisia. Tämä yhdessä viime vuosina nopeasti lisääntyneen päihteiden käytön kanssa tulee lähivuosina lisäämään terveyspalvelujen kysyntää. Terveyden edistämisen, ennaltaehkäisy- ja terveyskasvatuksen keinoin voidaan hillitä odotettavissa olevaa terveyspalvelujen kysynnän kasvua. Pitkäjänteinen, eurooppalaisittain hyvin onnistunut tupakan vastustamistyö on hyvä esimerkki tästä.

Kunnat on kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon nojalla velvoitettu järjestämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Vaikka järjestämisvastuussa

molemmissa tapauksissa ovat kunnat, on erillinen lainsäädäntö merkinnyt käytännössä sitä, että nämä kaksi sektoria toimivat toisistaan etäällä, ilman kiinteää kytkentää. Vaikka hoitoketjuja on luotu saumattomien palvelujen aikaansaamiseksi, päällekkäisyyksiä on edelleen ja siirtyessään sektorilta toiselle potilas joutuu usein väliinputoajan asemaan. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on haitannut myös tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja eri rekisterin pitäjät.

Terveyskeskusten toiminnasta lähes kolmannes suuntautuu uusimpien tutkimustulosten mukaan ennaltaehkäisevään työhön. Erikoissairaanhoidon ennaltaehkäisevän työn alueella keskittynyt lähinnä sekundaaripreventioon. Tästä huolimatta tarvitaan entistä systemaattisempaa terveydenedistämistoimintaa paitsi terveydenhuollossa, myös muiden hyvinvointipalvelujen järjestämistä suunniteltaessa.

Terveysdenhuoltolain perusajatus on asiakaslähtöisyys. Väestön valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa on lisättävä. Asiakkaan ja potilaan pitää olla palvelujen keskiössä siten, että palvelut ja niihin liittyvät toiminnot organisoidaan siten, että asiakkaan ja potilaan lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset tarpeet ovat lähtökohtana. Asiakkaan ja potilaan pitää olla selvillä häntä koskevista hoito- ja palveluketjuista ja hänellä pitää olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. Terveysdenhuoltolaki edellyttää nykykäytäntöä huomattavasti laajempaa mahdollisuutta hoitopaikan valintaan, sähköiseen asiointiin sekä nykyistä sujuvampaan hoitoon pääsyyn.

Lain toisena perusajatuksena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio siten, että perusterveydenhuollon kanssa tiiviisti yhteistyötä tekevä sosiaalitoimi otetaan huomioon tässä kehityksessä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason saattaminen toimimaan samoissa yksiköissä parantaa väestön mahdollisuutta saada palveluja lähellä asuinpaikkaansa. Se myös monipuolistaa terveyskeskustoimintaa ja tekee terveyskeskuksesta aikaisempaa houkuttelevamman työpaikan.

Terveysdenhuollon vaativakin toiminta kehittyä siten, että se mahdollistaa hoidon jär-

jestämisen kotoa käsin ilman vuodeosasto- hoitajaksoja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation tarkoituksena on tukea tätä kehitystä niin, että potilas saa tarvitsemansa hoidon oikea-aikaisesti tarkoituksenmukaisimmassa hoitopaikassa. Laki mahdollistaa, eräin edellytyksin, sekä sairaanhoitopiirimallin että sosiaali- ja terveyspiirimallin soveltamisen. Terveyspiirimallissa palvelut järjestää maakunnallinen organisaatio, jonka tehtävänä on huolehtia palvelujen järjestämisestä kokonaisuutena. Piiri voi joko tuottaa palvelut itse tai hankkia niitä muilta palvelujen tuottajilta. Työntekijät ovat yhden työnantajan palveluksessa ja työntekijöiden toimiminen piirin eri toimipisteissä on mahdollista. Piiri toimii yhtenä rekisterinpitäjänä, mikä helpottaa käytännön asiakaspalvelutoimintaa.

Sairaanhoitopiiri ja terveyskeskusmallissa integraatio tapahtuu kahdella tasolla. Sairaanhoitopiireissä toimivat perusterveydenhuollon yksiköt, joiden tehtävänä on ensisijaisesti yhteen sovittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Toisaalta erikoissairaanhoidon perustason toimintaa sijoitetaan nykyisen perusterveydenhuollon yhteyteen tarjoamalla erikoislääkärikonsultaatioita (esimerkiksi geriatria, psykiatria, kardiologia).

Perusterveydenhuollon ja siihen toiminnallisesti liittyvän sosiaalitoimen sekä erikoissairaanhoidon perustason integraatiosta arvioidaan saatavan sellaisia rationalisointihyötyjä, että niillä voidaan hillitä terveydenhuoltomenojen kasvupaineita, jotka johtuvat muun muassa lisääntyvästä palvelujen kysynnästä. Vaativimman erikoissairaanhoidon nykyistä pidemmälle menevästä keskittämisestä erityisvastuualueittain arvioidaan saatavan hyötyjä parantuneen laadun ja nykyistä hioutuneempien prosessien muodossa.

Tavoitteena on luoda kattava, tasapuolinen ja asianmukainen ensihoitojärjestelmä koko maahan siten, että ensihoitopalvelu muodostaa alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden ja saumattoman palveluketjun sairaaloiden päivystystoimintojen kanssa. Nykyistä suurempi väestöpohja ja maantieteellinen alue mahdollistaisivat toiminnan ohjauksen ja kokonaisvaltaisen suunnittelun tarkoituksenmukaisella tavalla. Samalla palvelun jär-

jestäjien vastuita ja tehtäviä on tarkoitus selkeyttää ja karsia päällekkäisiä tehtäviä.

Tavoitteena on myös määritellä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat tehtävät ja vastuunjako muiden kuntoutusjärjestelmän tahojen kanssa. Lisäksi tavoitteena on selkeyttää lääkinnälliseen kuntoutukseen pääsyn perusteita, jotta kuntoutuksen palveluketju erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon toimii tehokkaammin.

Yliopistotason terveystieteelliseen tutkimustoimintaan myönnettävän valtion rahoituksen korvausperiaatteita on tarkoitus muuttaa siten, että järjestelmää ohjattaisiin nykyistä tavoitteellisemmin ja suunnitelmallisemmin. Valtion korvaus koulutukseen on tarkoitus säilyttää nykyisellään.

Lain kolmantena keskeisenä peruslähtökohtana on perusterveydenhuollon vahvistaminen. Perusterveydenhuollon toimintaa rahoittaa ehkäisevien terveydenhuollon palvelujen niukkuus vastoin yleistä kansallista linjasta ja ohjeistusta. Toiminnan painopisteen siirtäminen korjaavasta toiminnasta enemmän ehkäisevään toimintaan edellyttää perusterveydenhuollon ehkäisevän työn tiukempaa normiohjausta.

Perusterveydenhuollon toimintaa vaikeuttaa myös työvoimapula ja erityisesti pula lääkäreistä. Lääkärikoulutusta on viimeisen kymmenen vuoden aikana lisätty voimakkaasti. Tämä todennäköisesti helpottaa terveyskeskusten lääkäripulaa lähivuosina. Työtapoja tulee uudistaa ja terveyskeskusten työolosuhteita ja johtamista kehittää. Lääkärihoitaja työparityöskentely, väestövastuun rajaaminen nykyistä pienempiin väestöihin sekä yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen tehostaminen ovat tällaisia keinoja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio laissa esitetyllä tavalla tulee vahvistamaan perusterveydenhuollon toimintaa. Perusterveydenhuollon vahvistaminen edellyttää myös sektorin henkilöstön lisäämistä.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa suuremmat kuin OECD- maissa keskimäärin. Vaikka terveydenhuollon keinot vaikuttaa väestön terveyteen ovat rajalliset, on kuitenkin voitu osoittaa, että sujuva hoitoon pääsy etenkin perusterveydenhuollossa vaikuttaa väestön terveyteen. Sen vuoksi perusterveydenhuollon toimivuus on keskeinen

asia pyrittäessä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kysymyksessä on myös oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Suurin sairastavuus liittyy alempaan koulutustasoon, tulotasoon ja syrjäytymiseen sekä ikääntymiseen. Näillä väestöryhmillä ei ole mahdollisuutta työterveyshuollon tai yksityisten palvelujen käyttämiseen.

3.1.2. Suhde sosiaalihuoltoon

Suhteessa sosiaalihuoltoon esityksen tavoitteena on perusterveydenhuollon vahvistamisen ohella hallitusohjelman mukaisesti varmistaa kunta- ja palvelurakennemuutostuksen tavoitteiden toteutuminen eli varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö.

Tavoitteena on tehostamalla kuntien yhteistoimintaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä ja tuottamisessa parantaa toiminnan tuottavuutta, aikaansaada nykyistä asiakaslähtöisempi palvelukokonaisuus sekä mahdollistaa tietoteknologian tehokas hyödyntäminen.

Tavoitteena on luoda saumattomia hoito- ja palvelukokonaisuuksia sosiaali- ja terveyspalveluja nykyistä tiiviimmin yhteen soveltamalla ja raja-aitoja poistamalla tai madaltamalla. Tavoitteena on myös mahdollisimman pitkälti yhdenmukaistaa hallinnolliset rakenteet ja menettelyt palveluja ja toimintatapoja organisoitaessa.

Puitelain mukaan kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueita, jotka muodostuvat toiminnallisesta kokonaisuudesta. Puitelain tavoitteena on perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen palvelujen järjestämisvastuun siirtäminen kunnalta yhteistoiminta-alueelle, mikäli kunta ei täytä puitelain mukaista väestöpohjavaatimusta. Tavoitteena on, että kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen saumaton yhteistyö on erityisen tärkeää vanhenevan väestön palvelujen, mielenterveys-työn ja päihdehuollon kohdalla. Yhteistyön

tarve kuitenkin korostuu myös lastensuojelun ja laajemminkin lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi muun muassa kasvatus- ja perheneuvonnan sekä lasten neuvoloiden ja lasten päivähoiton palveluja tehostamalla. Asiakkaan kannalta katsottuna sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimivuus, palvelujen tarpeen mukainen saatavuus ja palveluketjujen saumattomuuden vaatimus ovat keskeisiä myös vammaisten henkilöiden palveluja kehitettäessä ja järjestettäessä sekä perus- että erityispalveluina. Lakiehdotuksen tavoitteena on toteuttaa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö siten, että asiakkaan kannalta saumaton palveluketju toteutuu eikä palvelujen välille synny hallinnollisia rajaitoja. Palvelujen saumattomuus ja potilaan ja asiakkaan oikeudet ja yhdenvertainen kohtelu tulee turvata ehkäisevistä palveluista laitoshuoltoon.

Jos kunta siirtää vain osan sosiaalihuollon palveluista yhteistoiminta-alueelle, sosiaalitoimen ja terveystoimen tehtävät eriytyvät tällöin toisistaan ja sosiaalitoimi hajautuu. Hallinnolliset rajat ovat ongelmallisia asiakkaiden palvelujen sujuvan järjestämisen, kustannusten kasvun hallinnan ja tuottavuuden lisäämisen kannalta. Lisäksi sosiaalitoimen palvelujen pirstominen synnyttää päällekkäistä hallintoa.

Puitelain 6 §:ssä tarkoitettujen laajan väestöpohjan kuntayhtymien tulee muun muassa vastata kunnan osoittamassa laajuudessa palveluista, joista säädetään erikoissairaanhoito-laissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa. Kuntayhtymän tulee myös edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista. Kunnat voivat antaa kuntayhtymälle myös muita tehtäviä, kuten sosiaalihuollon erityispalveluja tai muun hallinnonalan kuin sosiaali- ja terveystoimen, kuten esimerkiksi opetustoimen tehtäviä. Laajan väestöpohjan kuntayhtymillä on tarkoitus turvata alueellisen palveluverkon kattavuutta, palvelujen laatua ja rahoitusta sekä ehkäisevän näkökulman kehittämistä ja huomioon ottamista erityisesti sosiaali- ja terveystoimen palveluissa. Nykyiset kehitysvammalain mukaiset erityishuoltopiirit voivat jatkaa vapaaehtoisina kuntayhtyminä tai muina tuottajaorganisaatioina,

jotta turvattaisiin mahdollisuus nykyisten hyvin toimivien rakenteiden käyttö jatkossakin.

Puitelain toteuttaminen edellyttää muutoksia myös sosiaalihuollon lainsäädäntöön. Sosiaalihuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muutoksilla on tarkoitus toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämät lainsäädännön uudistukset sosiaalihuollon osalta.

3.2. Toteuttamisvaihtoehdot

3.2.1. *Alueellinen palvelurakenne: sairaanhoitopiireihin ja kuntiin tai yhteistoiminta-alueisiin perustuva malli*

Sairaanhoitopiirit olisivat tässä mallissa nykyistä suurempia, niiden minimiväestöpohja olisi 150 000 asukasta. Myös rahoitusvastuu jakautuisi yksittäisten pienten kuntien sijasta aikaisempaa suuremmille kokonaisuuksille. Jos palvelujen järjestämisvastuu on yhteistoiminta-alueilla tai yli 20 000 asukkaan kunnilla, sairastavuuden satunnaisvaihtelu vaikuttaisi selvästi vähemmän kuin nyt, kun osa tilaajaorganisaatioista on väestöpohjaltaan hyvin pieniä.

Sairaanhoitopiirien osana voisi toimia kunnallisia liikelaitoksia. Sairaanhoitopiirit voisivat olla omistajina osakeyhtiöissä, joilta piirit voivat ostaa erikoissairaanhoidon palveluja. Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisvastuu olisi kunnilla ja osittain sairaanhoitopiireillä. Kun potilaasta on tehty lähete sairaanhoitopiiriin järjestämisvastuu siirtyisi sairaanhoitopiirille. Sairaanhoitopiirin olisi myös vastuussa siitä, että palvelut tuotetaan yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

Terveyskeskuksissa, terveystalokuntayhtymissä ja yhteistoiminta-alueilla olisi erikseen määritellyn perusterveydenhuollon toiminnan lisäksi sairaanhoitopiirin omilla erikoislääkäreillään järjestämää poliklinikkavastaanottotoimintaa, pientoimenpidetoimintaa ja enintään päiväkirurgiatasoisia leikkaustoimintaa. Tämän toiminnan tarkoituksena on tukea perusterveydenhuoltoa sen omissa yksiköissä ja taata potilaille joustavasti erikoislääkäreiden konsultaatiot terveystalokuntayhtymissä,

lähellä asiakkaita. Erikoissairaanhoidon perustaso siirtyisi tällä tavoin ainakin osittain terveyskeskuksiin. Aluesairaalat ja niiden jäsenkuntien perusterveydenhuolto muodostaisivat luontevasti tällaisen kokonaisuuden. Kymmenen entistä aluesairaala toimii jo tällä tavalla, siis perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon perustaso yhdessä. Lisäksi sairaanhoitopiirissä toimisi yleislääketieteen yksikkö, jonka tehtävänä on vastata yhteistyöstä terveyskeskusten ja yhteistoiminta-alueiden kanssa.

Tämän kehittämisvaihtoehdon etuja ovat: Erikoissairaanhoidon väestöpohja olisi selvästi suurempi kuin nykyisissä pienimmissä sairaanhoitopiireissä. Vaativinta erikoissairaanhoitoa voitaisiin keskittää, mikä todennäköisesti parantaisi laatua ja alentaisi kustannuksia aiheuttamatta palvelujen käyttäjille kuitenkaan kohtuuttomia lisärasitteita. Vaativimpia erikoissairaanhoidon palveluja käytetään useimmiten harvoin ja suurin osa ihmisistä käyttää niitä muutaman kerran elämänsä aikana.

Perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoito integraatio toteutuu tässä mallissa. Osa erikoissairaanhoidosta tuotetaan terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä toimivat yleislääketieteen yksiköt. Tässä mallissa voidaan toteuttaa myös perusterveydenhuolto-, sosiaalitoimi- ja erikoissairaanhoidon perustaso integraatio. Tämä malli ei edellyttäisi suuria rakenteellisia muutoksia. Jäljelle jäisi neljätoista sairaanhoitopiiriä, nykyisten kahdenkymmenen sijasta. Nämä organisoisivat osan toiminnastaan uudelleen tavalla, joka on ollut käytössä jo lähes kaksikymmentä vuotta muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Mallin haittoja ovat: Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon keskiraskas ja raskas toiminta ovat edelleen eri organisaatioissa. Samoin erillään näistä toiminnoista saattaa olla sosiaalitoimi. Ongelmallinen voi olla myös se, miten saadaan sairaanhoitopiirien palveluksessa olevat erikoislääkärit työskentelemään osan työajastaan terveyskeskuksissa.

Malli soveltuu parhaiten suuriin maakuntiin, joissa asuu valtaosa väestöstä. Tässä mallissa yliopistollinen erikoissairaanhoito jatkuisi entisellä tavalla.

3.2.2. *Terveyspiiri*

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on yhä enemmän kehitetty seudullista ja alueellista yhteistyötä. Eri puolilla maata perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja osa sosiaalitoimesta on pyritty yhdistämään suuremmiksi kokonaisuuksiksi.

Terveydenhuoltoaluenimitystä on käytetty, kun yhteistyö on rakentunut entisen aluesairaalan toimialueelle (esimerkiksi Forssan terveydenhuoltoalue, Mäntän terveydenhuoltoalue). Terveyspiirienimitystä on käytetty, kun yhteistyö on rakentunut sairaanhoitopiirin pohjalle (Länsi-Pohja, Etelä-Karjala). Sosiaali- ja terveyspiirinimitystä käytetään, kun suunnitelmiin on yhdistetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi myös sosiaalihuoltoa (Päijät-Häme, Itä-Savo). Kainuun hallintokokeilussa erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja osa sosiaalitoimesta on yhteisen maakuntahallinnon toimintaa ja hallinnonalojen väliset rajat on pyritty poistamaan käytännön työssä asiakaslähtöisyyden ja palvelukokonaisuuksien sujuvuuden takaamiseksi.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämis-hankkeissa merkittävä osa suuntautuu hankkeisiin, jotka pyrkivät palvelujen järjestämiseen aiempaa suuremmalla väestöpohjalla.

Terveyspiiri vastaisi sovittujen palvelujen järjestämisestä piirin koko väestölle. Käytännössä tämä tarkoittaa, että järjestämisvastuu olisi terveyspiirillä. Terveyspiiri tuottaisi itse omana toimintana tai hankkisi osittain muualta väestön tarvitsemat terveyspalvelut sekä kuntien kanssa erikseen sovitut muut palvelut.

Terveyspiiri voisi myös olla pelkästään maakunnallinen tilaajaorganisaatio, jolla olisi järjestämisvastuu terveyspalveluista ja se vastaisi kuntien puolesta hankinnoista. Tällöin nykyiset palveluntuottajat voisivat toimia tuottajaorganisaatioina ja myös yksityinen ja kolmas sektori voisivat olla vahvemmin mukana julkisten terveyspalvelujen tuottamisessa. Terveyspiiri vastaisi palvelujen hankinnasta kuntien esittämien toivomusten sekä kuntien asettamien rahoitusehtojen mukaisesti. Tässä vaihtoehdossa palvelujen tilaaminen ja tuottaminen erotettaisiin selkeästi toisistaan. Tässä vaihtoehdossa terveyspiiri olisi organisaationa pieni (vain muutama

henkilö) mutta hankintabudjetiltaan suuri.

Terveyspiiri voisi toimia myös ”sekamallina” eli palvelujen järjestäjänä, tilaajana ja tuottajana. Piiri toimisi palvelujen tuottajana siltä osin kuin se on piirin omana toimintana taloudellisesti perusteltua. Palvelujen tilaajana piiri toimisi siltä osin kuin palveluja ei ole taloudellista tuottaa omana toimintana.

Alle 150 000 asukkaan maakuntiin tai keskisuuriin ja pieniin maakuntiin sovellettaisiin pääsääntöisesti terveyspiirimallia. Alle 150 000 asukkaan sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon tulisi terveyspiirimallissa muovautua nykyisten suurten aluesairaaloitten toiminnan mukaiseksi. Keskeiset, suuret erikoissalat ja päivystys voisivat jatkaa. Pienimmät erikoissalat ja vaativin osa suurten erikoissaloiden toiminnasta ja vaativa päivystys keskittyisivät.

Jos osa nykyisistä alle 150 000 asukkaan sairaanhoitopiireistä siirtyisivät terveydenhuoltopiireiksi, niin vaativimman erikoissairaanhoidon keskittäminen turvattaisiin erityisvastuualuekohtaisella erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksella, jossa keskityttäisiin alueellisen palvelusuunnitelman sijasta pelkästään erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisen suunnitteluun. Muutos pienestä sairaanhoitopiiristä terveydenhuoltopiiriksi ei saa jäädä vaativimman erikoissairaanhoidon turvaamisprojektiiksi.

3.2.3. *Terveydenhuolto ja rekisterinpito*

Ehdotetussa terveydenhuoltolaissa säädettäisiin siten, että kansanterveyslain mukainen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon mukainen erikoissairaanhoidon muodostaisivat yhden terveydenhuollon kokonaisuuden. Tämän terveydenhuollon sisällä erikoissairaanhoidon voitaisiin tarvittaessa eriyttää perusterveydenhuollosta, mutta kyse olisi silti yhdestä terveydenhuollon toiminnallisesta kokonaisuudesta. Nykyinen terveydenhuollon lainsäädäntö sisältää jo vastaavan rakenteen. Erikoissairaanhoidon 9 §:n mukaan voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella. Erityistason sairaanhoidosta ja siitä vastaa-

vista tahoista on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella erityistason sairaanhoidon keskittämisestä (767/2006). Erikoissairaanhoidon on siten jaettu laissa kahden eri tason toiminnaksi, erityistason sairaanhoidoksi ja muuksi erikoissairaanhoidoksi, jotka yhdessä muodostavat erikoissairaanhoidon kokonaisuuden.

Jos perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta huolehtisi ehdotuksen mukaisesti sama vastuutaho, terveyspiiri, muodostaisivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasrekisterit terveyspiiriin kuuluvien kuntien osalta yhden potilasrekisterin ilman rekisterinpitoa koskevaa erillistä sääntelyä.

Yliopistollisten sairaanhoitopiirien alueella säilyisi edelleen nykyisen kaltainen jako, jossa kuntien (tai niiden muodostamien yhteistoiminta-alueiden) tehtävänä olisi huolehtia kuntalaisten perusterveydenhuollosta ja yliopistolliseen sairaanhoitopiiriin tehtävänä olisi huolehtia sairaanhoitopiirien kuntien erikoissairaanhoidosta. Näin ollen kuntien asukkaiden perusterveydenhuollon rekisterinpitäjänä olisi ilman erillistä sääntelyä edelleen kunta ja erikoissairaanhoidon osalta rekisterinpito säilyisi sairaanhoitopiirillä.

Käytännössä julkisen sektorin terveydenhuollossa on kyse yhdestä toiminnallisesta kokonaisuudesta, joka koostuu perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon kokonaisuudesta. Potilaan hoito alkaa usein perusterveydenhuollon käynnillä, jossa potilaalla todetaan sairaus (tai sairauksia), jonka hoidon tietyssä vaiheessa tarvitaan usein erikoisosaamista, johon erikoissairaanhoidon puolella ollaan koulutuksen ja kokemuksen sekä toiminnan järjestämisen ja toteutuksen osalta varustauduttu. Kun hoidon toteuttaa julkinen sektori, on aina kyse kokonaisuudesta, jossa hoitoon osallistuvilla henkilöillä on omat roolinsa, olivatpa he perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluksessa. Tähän julkisen sektorin toteuttamaan hoitoon osallistuvilla on tarve saada käyttöönsä potilaan hoitoon liittyvät potilastiedot sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta hallinnollisista rajoista riippumatta.

Tästä syystä ehdotetaan säädettäväksi, että niillä alueilla, joilla ei muodosteta terveyspiirejä, muodostuisi järjestämisvastuun erilli-

syydestä huolimatta yksi julkisen terveydenhuollon rekisteri. Rekisterinpitäjänä tälle terveydenhuollon rekisterille olisivat sekä sairaanhoitopiiri että kukin sairaanhoitopiirin kunta. Yliopistollisen sairaanhoitopiirin alueella kunkin kunnan perusterveydenhuollon potilastiedot muodostaisivat yhden loogisen rekisterin sairaanhoitopiirin potilastietojen kanssa.

Potilastiedot on käytännössä mahdollista tallentaa samaan rekisteriin perusteilla olevaan terveydenhuollon valtakunnalliseen arkistointipalveluun, jota ylläpitää Kansaneläkelaitos. Tämän arkistointipalvelun tulee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain nojalla olla käytössä 1 huhtikuuta 2011. Sairaanhoitopiirin alueella kunkin kunnan terveystakeskus sekä sairaanhoitopiiri vastaisi edelleen omalta osaltaan potilastiedon kirjaamisesta. Nämä potilastiedot tallennettaisiin valtakunnalliseen arkistointipalveluun alueen yhteiseen terveydenhuollon rekisteriin.

Yhteisen rekisterin alueella tarvittaisiin koordinaatiota eräissä sähköiseen tiedonhallintaan liittyvissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi käyttöoikeushallinnassa. Kun rekisteröitävien ja rekisterin käyttäjien määrä kasvaa, nousee tietoturvariskeistä käytön valvonta keskeiseen asemaan. Vastuu sekä toteutuksen että käytön valvonnan koordinoimista säädettäisiin sairaanhoitopiirille. Yhteisrekisterin rekisterinpitäjien tulee sairaanhoitopiirin johdolla toteuttaa rekisterin käyttöoikeuksien toteutus ja käytön valvonta siten, että valvonta on tosiasiallista ja riittävän tehokasta.

Edellä mainitulla tavalla säätämällä kunkin sairaanhoitopiirin ja terveystakespiirin alueella muodostuisi yksi julkisen sektorin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellinen potilasrekisteri riippumatta siitä asuuko potilas muodostettavan terveystakespiirin tai yliopistollisen sairaanhoitopiirin alueella. Näin julkisen terveydenhuollon hallinnolliset rajat eivät määrittäisi rekisterinpitoa, vaan rekisterit muodostettaisiin potilaan tarvitseman hoidon näkökulmasta tarkoituksellisella tavalla. Näin suostumuskäytäntö / suostumuksen tarve ei myöskään muodostuisi hallinnollisten ratkaisujen mukaan eri alueilla erilaiseksi.

Ehdotusta valmisteltaessa esillä oli myös vaihtoehto, jossa julkisen terveydenhuollon potilasrekisterit muodostettaisiin erityisvastuualueittain. Tässä vaihtoehdossa muodostuisi siten viisi julkisen terveydenhuollon erityisvastuualueen potilasrekisteriä. Erityisvastuualuekohtainen potilasrekisteri olisi perusteltu siitä näkökulmasta katsottuna, että potilaan hoitovastuu saattaa saman sairauden hoidossa jakautua kunnalle, sairaanhoitopiirille ja erityisvastuualueen yliopistolliselle sairaanhoitopiirille. Näin ollen hoidollisesta lähtökohdasta tarkasteltuna erityisvastuualue muodostaa sen kokonaisuuden, joka vastaa julkisen sektorin osalta potilaan hoidosta ja jolla tulee olla tätä hoitoa toteuttaessaan tarpeelliset tiedot hoidon toteuttamiseksi.

Siirtyminen yksikkökohtaisesta potilasrekisteristä yhteisrekisteriin asettaa kuitenkin sitä suuremmat vaatimukset tietojen käytön valvonnalle, mitä suuremmista rekistereistä on kyse. Painopiste tulee siten osin siirtää nykyisestä tietojen luovutusten valvonnasta yhteisrekistereissä käyttöoikeuksien toteutukseen ja tietojen käytön valvontaan, jos yhteisrekisteri muodostetaan.

Toistaiseksi käytössä ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä käyttöoikeuksien hallintajärjestelmää tai käytön valvonnan toteutusta eikä määrittelyjä näiden toteuttamiseksi. Näin ollen yhteisrekisterin toteutuksessa tulee organisoida yhteistyö yhteisrekisterin käytön valvonnan toteutukselle. Mitä suurempi on yhteisrekisterin rekisterinpitäjien määrä, sitä vaativammaksi tämän organisoimisen hallinnollisesti muodostuu. Toisin sanoen sairaanhoitopiirin tasolla tämän yhteistyön organisoiminen muodostuu huomattavasti kevyemmäksi kuin erityisvastuutasolla, kun yhteisrekisterin rekisterinpitäjiä olisi enemmän. Ehdotuksessa tämän yhteistyön organisoiminen on sairaanhoitopiirien vastuulla, kun erityisvastuutasoisessa yhteisrekisterimallissa tulisi yliopistollisen sairaanhoitopiirin koordinoita koko erityisvastuualueen käyttöoikeuksien valvontaa. Erityisvastuualueen laajuinen yhteisrekisteri edellyttäisi siten mittavampaa hallinnollista byrokratiaa kuin nyt ehdotettu sairaanhoitopiirin laajuinen yhteisrekisteri.

Käytännössä valtaosa potilaiden hoidosta tapahtuu nykyään sairaanhoitopiirin sisällä ja vähintään 90 prosenttia potilastietojen luovu-

tuksista tapahtuu oman sairaanhoitopiirin sisällä. Tällöin hallinnollisesti yhteistyön koordinointi erityisvastuutasoisen yhteisrekisterin alueella saattaisi muodostua tarpeettoman raskaaksi suhteessa siitä saatavaan hyötyyn. Koska potilaan saman sairauden hoito saattaa kuitenkin tapahtua erityisvastuualueen laajuusena, tulisi jatkossa selvittää yhtenäisen valtakunnallisen potilastietojen käyttöoikeushallinnan ja käytön valvonnan toteutusmahdollisuuksia. Jos tämä käyttöoikeushallinta ja käytön valvonta toteutettaisiin valtakunnallisesti yhtenäisten määrittelyjen mukaisesti, voisi mahdollisesti olla perusteltua siirtä erityisvastuualueiden laajuisiin yhteisrekistereihin. Pohdittavaksi vaihtoehdoksi voisi tällöin tulla myös valtakunnallinen julkisen terveydenhuollon potilasrekisteri, kun julkisen terveydenhuollon vastuutaho saattaa ihmisten muuttaessa kunnasta toiseen muuttaa erityisvastuualueelta toiselle.

3.3. Keskeiset ehdotukset

Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla on oikeus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Palvelujen käyttö yli kuntarajojen on myös palvelu- ja kuntarakennehankkeen tavoite. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaisi lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja. Ehdotukseen sisältyy myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia säännöksiä. Ehdotuksessa korostuu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Ehdotukseen sisältyy velvoite laatia suunnitelma kuntalaisten terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevästä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Suunnitelma voidaan laatia osana kuntasuunnitelmaa ja sen toteutus tulisi kytkeä osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua ja päätöksentekoa.

Ehdotuksen mukaan kansanterveystyön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilyisi pääsääntöisesti kunnalla. Terveydenhuollon järjestämismallit toteutetaan siten, että ne tukevat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita. Molemmissa

malleissa terveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö on mahdollista, jos kunta haluaa sen toteuttaa. Lakiin ehdotetaan otettavaksi terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjien kanssa siltä osin kuin tehtävien hoitaminen edellyttää.

Sairaanhoitopiirimallissa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö toteutuisi yhteistoiminta-alueella. Erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuolto voitaisiin toteuttaa samassa laajan väestöpohjan kuntayhtymässä kuntien sopimalla tavalla. Terveyspiirimallissa piiri hoitaisi yhteistoiminta-alueen sosiaalihuollon tehtävät ja kehitysvammahuollon tehtävät siten kuin kunnat asiasta sopivat.

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu on tarkoitus siirtää kunnilta sairaanhoitopiiriin tai terveystieteelliseen ensihoitopalvelun käsite määritellään siten, että se sisältää nykyisissä säännöksissä käytetyt käsitteet sairaankuljetus ja lääkinnällinen pelastustoimi. Ensivastetoiminta sisällytetään osaksi ensihoitopalvelua. Sairaanhoitopiiri tai terveystieteellinen ensihoitopiiri suunnittelee ja ohjaa alueensa ensihoitojärjestelmiä toimiviksi kokonaisuuksiksi yhdessä toisaalta alueen kuntien ja toisaalta yliopistollisen sairaanhoitopiirin/erityisvastuualueen kanssa. Sairaanhoito- ja terveystieteellisiin luodaan terveydenhuollon kenttäjohtamisjärjestelmä. Erityisvastuualueille perustetaan (päivystys- ja) ensihoitokeskus, jonka tehtävänä on huolehtia erityisvastuualueen lääkäritasoisesta ensihoidosta, käytännön potilasohjauksesta, sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista sekä viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta.

Ehdotuksessa täsmennetään lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä ja tehtäviä sekä vastuunjakoa.

Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimukseen myönnettävä valtion rahoitusjärjestelmä ehdotetaan muutettavaksi siten, että sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen perustettava terveystieteellisen tutkimuksen lautakunta jakaisi valtion tutkimusrahoituksen yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä toimiville erityisvastuualueiden tutkimuskeskuksille. Rahanjaon perusteena olisivat lau-

takunnan ja tutkimuskeskuksen väliset tulos-sopimusneuvottelut, joiden perusteella lautakunta tekisi sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen valtion tutkimusrahoituksen jakamisesta erityisvastuualueiden kesken. Lautakunta laatisi valtion rahoituksella tehtävälle tutkimustoiminnalle strategian ja tavoitteet, jotka perustuvat valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin terveydenhuollon linjauksiin ja painoalueisiin. Erityisvastuualueen tutkimuskeskuksen tutkimustoimikunta päättäisi itsenäisesti tutkimuskeskukselle annetun tutkimusrahan jaosta erityisvastuualueellaan neuvottelukunnan tutkimustoiminnalle asettamien strategioiden ja tavoitteiden mukaisesti tutkimushankkeisiin hakemusten perusteella.

4. Esityksen vaikutukset

4.1. Terveydenhuollon arviointiperusteita

Ehdotuksen arvioinnissa keskeisiä yleisiä arviointiperusteita ovat terveydenhuollolle asetetut tavoitteet ja keskeiset periaatteet: parantaa terveystalouden saatavuutta ja sujuvuutta sekä kehittää ensihoitoa; lisätä asukkaiden valinnanmahdollisuuksia terveystalouden käytössä; luoda mahdollisuuksia käyttää maakunnan terveydenhuollon voimavaroja järkevästi; parantaa menokehityksen hallintaa ja menokehityksen ennakoitavuutta; edistää palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta; lisätä perusterveydenhuollon houkuttelevuutta väestön ja hoitohenkilöstön kannalta sekä kehittää kuntien, kuntayhtymien, yhteistoiminta-alueiden ja maakuntien osatotaluutta ja tilaajaosaamista.

Arviointiperusteista voi yleisesti todeta, että uudistukset eivät välttämättä sinänsä tuo automaattisesti kovin paljon muutoksia terveydenhuollon toimintaan. Vaikutusten merkittävyys riippuu ratkaisevasti siitä, miten uudistusesityksiä viedään käytäntöön ja erityisesti siitä, missä määrin ehdotetut toimenpiteet toteutuvat. Jos esimerkiksi perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdistetään vain hallinnollisesti ilman, että samalla toteutetaan merkittäviä toiminnallisia muutoksia, tai jos palvelujen tuottamistavat ja

yleisellä tasolla toimintatavat pysyvät ennallaan, niin vaikutukset voivat jäädä vaatimattomiksi. Siksi vaikutusarvioissa esitettyihin Forssan seudun FSTKY:n ja Kainuun malleihin on syytä perehtyä huolellisesti.

Haasteina suomalaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle voidaan esittää seuraavat asiakokonaisuudet: rahoituksen selkiyttäminen, hoidosta ja sen kriteereistä päättäminen, erityishuomiota vaativat väestöryhmät (vammaiset, kroonisesti sairaat ym.), tieto- ja bioteknologian aiheuttamat haasteet, väestön nopea ikääntyminen ja eläköityminen, työvoiman saatavuus terveydenhuoltojärjestelmään, väestön omavastuu terveydestään, kallistuvan erikoissairaanhoidon järjestäminen entistä tuottavammin ja terveydenhuoltomeno- ja kustannuskehityksen ennakoitavuuden parantaminen.

Yleisenä terveydenhuollon rahoituksen kehitystrendinä voidaan havaita, että yhä suurempi osuus kuntien menoista on sosiaali- ja terveystoimen menoja. Menojen kasvu on kiihtynyt viime vuosina. Suurten kaupunkien asukasta kohden laskettujen kustannusten keskimääräinen nousu vuonna 2006 oli 6,3 prosenttia, kun kasvu vuonna 2003 oli 4,4 prosenttia. Viime vuoden kustannusten reaalinousu palkka- ja hintataso pois-laskettuna oli 3 prosenttia. Keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset nousivat viime vuonna 5,2 prosenttia, joka vastaa 2,2 prosentin reaalinousua. Kustannusten kasvu on perusterveydenhuollossa ollut voimakkaampaa kuin erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon kustannukset, mukaan lukien yli 65-vuotiaiden kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito, nousivat viime vuonna 8 prosentilla. Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvu jäi 4 prosenttiin. Tiedot ilme-nevät Kuntaliiton selvityksistä.

Hoitohenkilöstön osalta lääkärin kasvu on erittäin voimakasta yksityisellä sektorilla verrattuna valtio- ja kuntasektoriin. Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden osuus on kasvanut vuosina 1996-2007 noin 67 prosenttia, kun vastaava kehitys kunnissa on ollut 15 prosenttia. Valtiolle lääkäreiden määrä on vähentynyt 12 prosenttia. Vuonna 2007 kunnissa työskenteli 11 340 (70 prosenttia) lääkärinä, yksityisellä sektorilla 3 677 (22,9 prosenttia) lääkärinä ja valtiolla

1062 (6,6 prosenttia) lääkäriä. Myös hoitajien työ- ja rekrytointitilanne on hyvä ja 70 prosenttia luottamusmiehistä raportoi rekrytointinäköymien kohentuneen hoito-alalla vuonna 2007 TEHY:n tilastotietojen mukaan. Toisaalta hoitajista noin 25 prosenttia työskentelee määräaikaisissa työsuhteissa.

Heikoin lääkäritilanne on edelleen terveyskeskuksissa, joissa lääkärin määrä väheni yli 100:lla edellisvuodesta 2007. Terveyskeskuslääkärin lääkärin viroista 8 prosenttia, eli 286 henkilötyövuotta hankitaan ostopalvelun kautta. Näin on saatu osittain paikattua terveyskeskusten 10 prosentin kokonaislääkärivajetta. Tiedot ilmenevät Lääkäriliiton tilastoista ja selvityksistä.

4.2. Taloudelliset vaikutukset

4.2.1. Alueellinen palvelurakenne: Sairaanhoidopiireihin ja kuntiin tai YT-alueisiin perustuva terveydenhuolto.

Mallissa, jossa alueellinen palvelurakenne jakautuisi sairaanhoidopiireihin ja kuntiin tai yhteistoiminta-alueisiin, palvelujen järjestämisvastuu olisi kunnilla ja osittain sairaanhoidopiireillä eli, kun potilaasta on tehty lähte järjestämisvastuu siirtyisi sairaanhoidopiirille. Mallissa erikoissairaanhoidon väestöpohja olisi selvästi suurempi kuin nykyisissä pienemmissä sairaanhoidopiireissä (minimiväestöpohja 150 000), jolloin vaativinta erikoissairaanhoitoa voitaisiin keskittää. Keskitäminen todennäköisesti parantaisi hoidon laatua ja todennäköisesti alentaisi kustannuksia aiheuttamatta kansanterveydelle tai palvelujen käyttäjille kohtuutonta lisärasitetta esimerkiksi maantieteellisten etäisyyksien muodossa.

Alueellisen terveydenhuoltoalueen väestöpohja mallissa olisi vähintään 20 000, mielellään 30 000 – 70 000 asukasta. OECD:n Suomen terveydenhuoltoa koskevissa arvioissa juuri erikoissairaanhoidon pirstoutuminen suhteellisen pieniin yksiköihin oli keskeinen kritiikin kohde. Pienimmät erikoissalat ja vaativin osa suurempien erikoissaloiden toiminnasta keskitettäisiin alueellisessa palvelurakennemallissa. Samoin keskitettäisiin vaativin päivystystoiminta. Väestöpohja olisi

nykyistä suurempi kunta- ja palvelurakenne-uudistushankkeen tavoitteiden mukaisesti. Malli soveltuisikin parhaiten suuriin maakuntiin, joissa asuu valtaosa väestöstä. Myös erikoissairaanhoidon palvelujen tilaajat olisivat entistä suurempi.

Mallin haittoina on mainittava se, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raskas toiminta olisivat edelleen eri organisaatioissa. Yhteistoiminta-alueen puitteissa voidaan yhdistää sosiaali- ja terveystoimen palveluja toimivalla tavalla. On kuitenkin huomattava, että terveys- ja sosiaalitoimen tuominen kokonaan samaan organisaatioon ei välttämättä ole perusteltua, sillä erikoissairaanhoidon vaativin osa ja sosiaalitoimi ovat prosesseiltaan ja metodeiltaan hyvin kaukana toisistaan.

Kysymys potilastietojen rekisterinpitäjästä on terveydenhuollossa toimiville tärkeä, mutta problemaattinen. Sairaanhoidopiirit ovat toivoneet alueellisia rekisterinpitäjiä, jotta potilastiedot liikkuisivat ilman potilaalta erikseen pyydettävää lupaa toimipisteestä toiseen, siis sinne, minne potilas ohjataan. Perusterveydenhuolto muodostaisi rekisterin perustason, erikoissairaanhoito toisen ja sosiaalitoimi mahdollisesti kolmannen.

Mallissa toteutuisi perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoito –integraatio eli osa erikoissairaanhoidosta tuotetaan terveyskeskuksissa ja sairaanhoidopiireissä toimisivat yleislääketieteen yksiköt. Näihin voitaisiin integroida myös soveltuvia osia sosiaalitoimesta. Tämä ei edellytä suuria rakenteellisia muutoksia.

Esimerkkinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroimisesta samaan yksikköön käytetään usein ns. Forssan mallia, jota sovelletaan Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä (FSTKY). Tässä mallissa terveyskeskus ja aluesairaala yhdistyivät hallinnollisesti 1 päivänä tammikuuta 2001 uudeksi terveydenhuoltoalueeksi, joka voi itsenäisesti tuottaa ja hankkia tarvitsemiin terveydenhuollon palveluja. Kuntien toiveet toteutuvat poliittisesti valitun yhtymähallituksen ja valtuuston kautta. Yhtymäjohtaja esittelee kaikki hallituksessa päätettävät asiat. Vastuualueitten johtajat valmistelevat oman alueensa asiat. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on yhteinen sai-

rauskertomusjärjestelmä. Muista kuntayhtymistä poiketen Forssan mallissa hoitohenkilöstö muodostaa hoitopalvelujen vastuualueen. Hoitotyön merkitys toiminnassa on huomioitu erityisesti. Oma vastuualue mahdollistaa henkilöstön joustavan ja tarkoituksenmukaisen käytön, josta hyöty tulee suoraan potilastyöhön. Sopimusohjausjärjestelmällä sovitaan kuntien kanssa kuntalaisten tarvitsemista terveydenhuollon palveluista. Kuntayhtymä tekee vastaavan sopimuksen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kanssa. Tämä sopimus sisältää myös eritystason hoidon, joka pääasiassa hankitaan Tampereen yliopistollisesta keskussairaalaista TAYS:sta. Yhtenäiset potilasrekisterit ja hoitotyön merkitys toiminnassa on huomioitu erityisesti. Oma hoitotyön vastuualue mahdollistaa henkilöstön joustavan ja tarkoituksenmukaisen käytön, josta hyöty tulee suoraan potilastyöhön.

Forssan mallista raportoituja hyötyjä on huomattavasti verrattuna aiempaan toimintatapaan. Erityisesti terveydenhuollon ja vanhustenhuollon nopea kustannuskehitys on saatu taitettua alhaisemmalle uralle. Kaikki lääkärintvirit ovat täynnä. Vastakkainasettelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on poistunut, terveyspalvelujen koordinaatio perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on lisääntynyt ja terveydenhuollon atk-järjestelmät yhtenäistetty. Forssan seudulla toteutetussa terveydenhuoltomallissa tilaajan ja tuottajan roolia ei ole erotettu kuntayhtymätasolla, mutta vaativassa erikoissairaanhoidossa hankinnat tilataan TAYS:sta. Terveyspalvelualueen 36 000 asukkaan väestöpohja on riittävä seudullisten palvelujen järjestämiseen.

Kokonaisuutena kokemus Forssan -mallista on FSTKY:n keskeisten vaikuttajien mukaan positiivinen ja terveydenhuollon kustannusten kasvu sekä ennakoitavuus on saatu paremmin hallintaan. Tarkasteltaessa FSTKY:n ikääntymis- ja sairastavuusvakioituja tarpeperusteisia terveystoimen nettomenoja, voidaan havaita, että ne olivat vuonna 2006 noin 10 prosenttia koko maan keskimääräistä tasoa pienemmät. Lisäksi nettomenojen kasvu on ollut vuosina 1993 - 2006 maltillisempaa 4 prosentin tasoa verrattuna valtakunnalliseen tasoon, joka on ollut 4,5 prosenttia. .

Tämä 0,5 prosentin vuotuinen ero on kumuloitunut em. pienemmiksi terveystoimen menoiksi pitkällä aikavälillä niin, että vuonna 1993 Forssan seudun menot olivat yli koko maan tason ja vuonna 2006 huomattavasti alle.

Mallista voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä ja vaikuttavuusarvioita: Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen konsultaation lisääminen parantaa hoidon laatua ja lyhentää hoitoaikaa hoitoketjun sisällä. Tämä tapahtuu siten, että erikoissairaanhoidon sairaaloissa on perusterveydenhuollon yksikkö tai asiantuntijoita ja perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa erikoissairaanhoidon yksikkö tai asiantuntijoita. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset yhtenäiset potilaskertomus- ja IT - järjestelmät edistävivät tiedonkulkua hoitoketjussa. Menojen ennakoitavuutta voidaan parantaa, mikäli kunnalle koituvat kustannukset voidaan kuntayhtymän puitteissa tasata useammalle vuodelle. Erityisesti tämä pätee erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Tämä edellyttää kuntayhtymätason sopimista asiasta jäsenkuntien kesken. Esimerkkinä tästä on kokonaislaskutusmalli, jota sovelletaan Forssan seudulla.

4.2.2. Terveyspiirimalli

Terveyspiiri kattaisi terveys- ja sosiaalipalvelut sekä toimisi palvelujen järjestäjänä, tilaajana ja tuottajana. Mallissa palvelut tuotettaisiin lähi-, seutukunta- ja maakuntapalveluina. Palvelut organisoidaan elämäntaakamallin mukaisesti lasten, aikuisten ja vanhus-ten palveluihin sekä näitä täydentäviin tukipalveluihin. Hallinto toteutettaisiin kuntaohjauksella ja kuntasopimusmallin mukaisesti, jossa kunta laatii väestöään koskevan hyvinvointisuunnitelman. Tämä suunnitelma määrittäisi terveys- ja sosiaalipalvelujen määrän, laadun ja vaikuttavuustekijät. Terveyspiiri ostaisi vaativan erikoissairaanhoidon palveluja keskus- ja yliopistosairaaloilta.

Terveyspiirimallissa kuntien ohjaus ja valvonta tehostuisivat terveydenhuollossa. Kunkin terveyspiirin alueella sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään kunnan, kuntayhtymän ja terveyspiirin välisen palvelusopimuksen mukai-

sesti. Terveyspiiri sisältäisi perhepalvelujen, työikäisten palvelujen, vanhusten palvelujen, hyvinvointipalvelujen ja tukipalvelujen yksiköt. Keskeistä olisi palvelujen vaikuttavuuteen, ei suoritelmääriin perustuva ostotoimi vaativassa erikoissairaanhoidossa, jolloin syntyy tarve määritellä vaikuttavuuden mittarit ja väestön terveysindikaattorit. Terveyspiiri voisi tulevaisuudessa sisältää myös laajoja osia sosiaalitoimesta, kuten esimerkiksi vammais-, vanhus-, lapsi- ja päihdetyö.

Terveyspiirimallin hyötyjä ja vaikutuksia voidaan tarkastella Kainuun maakuntahallinnon integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon puitteissa, jonka palvelujen järjestämisvastuu kattaa koko maakunnan väestön. Kainuun hallintokokeilusta annetun lain mukaan maakunta huolehtii maakunnan suunnittelusta, terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta ja koulutuksesta sekä niiden rahoituksesta siltä osin kuin nämä tehtävät kokeilulain mukaan kuuluvat maakunnan toimialaan. Maakunnan tehtäviin kuuluu laissa määritellyn ns. Kainuun kehittämisrahan hallinnointi ja jakaminen eri viranomaisten käyttöön. Lisäksi kunnat ovat erillisellä sopimuksella siirtäneet hallinnon tukipalvelujen (taloushallinto, tietohallinto ja palkanlaskenta) järjestämisvastuun maakunnalle. Tarkastelussa on syytä huomata, että päätöksentekoprosessi ja rahoitus poikkeavat toisistaan terveyspiirimallin ja Kainuun mallin välillä.

Kainuun maakuntakokeilun alussa yleiseksi talouden tavoitteeksi asetettiin ehto, että menojen kasvu ei saa olla tulojen kasvua suurempaa. Lisäksi ensimmäiselle valtuustokaudelle vuosille 2005 – 2008 asetettiin tätäkin tiukempi tavoite eli menojen kasvun puolittaminen aiempaan sosiaali- ja terveysmenojen kasvuun verrattuna. Pyrkimyksenä oli helpottaa kuntien aiempina vuosina syntyneiden alijäämien kattamista.

Maakunnan ensimmäisen vuoden taloudellinen toimintatavoite oli päästä heti käynnistymisvuonna nollakasvuun. Tavoitteessa ei täysin onnistuttu. Maakunnan koko toiminnan menot kasvoivat noin kaksi prosenttia verrattuna kunnilta siirtyneeseen lähtötasoon. Kuntien rahoitusosuus maakunnalle kasvoi yhden prosentin ja jos huomioidaan ensimmäisen vuoden alijäämä, kuntien rahoitusosuus on kasvanut nettona noin kolme pro-

senttia. Tämä on kuitenkin linjassa maakunnan pitkänaikavälin tavoitteen kanssa, jonka mukaan menojen kasvu tulee puolittaa vastaavaan valtakunnalliseen kasvuun verrattuna. Kainuun kuntien aiempien vuosien vastaava nettomenojen kasvu on ollut yli kuusi prosenttia vuosittain.

Maakunta -kuntayhtymän toimintakulujen kasvu on ollut vuosilta 2005 – 2007 yhteensä keskimäärin 4,0 prosenttia vuosittain. Sosiaali- ja terveysmenojen valtakunnallinen vastaava keskiarvo on ollut alustavien tietojen mukaan noin 6 prosenttia. Näin maakunnan toimintamenojen kasvu on ollut keskimäärin 2 prosenttia alle valtakunnan keskimääräisen sosiaali- ja terveysmenojen kasvun. Kainuun kuntien sosiaali- ja terveysmenojen kasvu vuosina 2002 - 2004 ennen kokeilun alkua oli keskimäärin 6,9 prosenttia vuodessa. Tämä 2 prosentin vuotuinen ero on kumuloinut em. pienemmiksi terveystoimen menoiksi pitkällä aikavälillä niin, että vuonna 1993 Kainuun maakunnan menot olivat yli koko maan tason ja vuonna 2006 huomattavasti alle. Tarvevakioiduissa sosiaali- ja terveystoimen menovertailuissa tämä näkyy erityisen selvästi, sillä otettaessa huomioon ikääntyneisyys- ja sairastavuustekijät kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat vuonna 2006 noin 15 prosenttia koko maan keskimääräistä tasoa pienemmät. Sosiaali- ja terveystoimiala muodostaa maakunnan nettokustannuksista yli 90 prosenttia, joten tulevana vuosina oleellista kustannusten kehityksen kannalta on se, miten sosiaali- ja terveysmenot kehittyvät.

Kainuun mallia on kritisoitu taloudenhoidosta. Tämä perustuu pääosin syntyneisiin alijäämiin. Alijäämät ovat kokonaisuudessaan syntyneet sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla. Kun tarkastellaan mitkä tekijät ovat vaikuttaneet menokehityksen taittumiseen, niin seuraavia tekijöitä voidaan eritellä: erikoissairaanhoidon laitoshoidonpaikkoja on vähennetty ja avohoitoa on lisätty, on perustettu vaativan kuntoutuksen yksikkö. Kesäaikaisia sulkemisia on käytetty tarpeen mukaan, lisäksi on uudistettu perhetyön sisältö ja resursseja. Myös vanhuspalvelujen kasvu on saatu hallintaan lisäämällä avohoitoa.

Kainuun mallista saatujen kokemusten perusteella terveyspiirimallin etuina voidaan pi-

tää seuraavia tekijöitä: Osittaisoptimointi terveydenhuollossa vaikeutuu, eli muun muassa potilaan siirrot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä kuntayhtymien toimijoiden välillä järkevöityisivät, sillä hallinnollinen raja ei mallissa katkaise hoitoketjua, vaan potilaan hoito tulisi kokonaisvaltaiseksi saman hoitoketjun sisällä. Tämä vaikuttaa tasa-arvoisempaan hoitoon pääsyyn. Asiakkaan kannalta tämä merkitsee joustavampaa palvelujen saantia. Laajassa terveystaloudessa vaikuttavuuden mittausta voidaan perustaa kokonaistaloudelliseen ja kansanterveydelliseen kriteeristöön. Lisäksi sosiaalitoimi voi toimia osittain tai kokonaan terveydenhuollon kanssa yhteistyössä terveystaloudellisesti. Terveystaloudellisen hallinnan malli, joka perustuisi hoidon vaikuttavuuteen ja sen indikaattoreihin eikä suorite-määriin.

Terveystaloudellisesti piirin rahoitus (piirin tulojen määrätymisperuste) ja kuntalaskutus (kuntien menojen määrätymisperuste) voidaan toteuttaa monella tavalla. Kyseeseen tulevana vaihtoehtoina voivat olla ainakin suoritekorvaus -malli, kapitaatiokorvaus -malli, meno-osuuskorvaus -malli, tulo-osuuskorvaus -malli, kokonaislaskutuskorvaus -malli ja sekakorvaus -malli (Pekurinen ym., Terveystaloudellisesti, 2006). Seuraavaksi esitetään em. kuntalaskutusvaihtoehtojen todennäköisiä vaikutuksia menokehityksen hallintaan, hallintokuluihin, tuottavuuteen, hoitomääriin ja laatuun.

Kapitaatiokorvaus -mallin vaikutus hallintokulujen edullisuuteen on positiivinen samoin kuin kustannuskehityksen hallintaan, tuottavuuden parantamiseen ja hoidon laatuun. Negatiivinen vaikutus mallilla on potilasmääriin ja suoritteisiin potilasta kohden. Kokonaiskorvaus -mallin vaikutukset ovat kutakuinkin samat kuin edellä esitetyt kapitaatio -mallin vaikutukset. Suoritekorvaus -mallilla on positiivinen vaikutus potilasmääriin, suoritteisiin potilasta kohden, Drg-ryhmän asiakokonaisuuteen (pl. hallintokulut) ja negatiivinen vaikutus hoitopäivien määrään. Kiinteän budjetin -mallilla on positiivinen vaikutus hallintokuluihin ja kustannuskehityksen hallintaan, ja negatiivinen vaikutus tuottavuuden paranemiseen sekä hoidon laatuun.

Terveystaloudellisesti voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä ja vaikuttavuusarvioita: Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen konsultaation lisääminen parantaa hoidon laatua ja lyhentää hoitoaikaa hoitoketjun sisällä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset yhtenäiset potilaskertomus- ja IT -järjestelmät edistävät tiedonkulkua hoitoketjussa. Mikäli sovellettaisiin elinkaarimallia niin, että lasten ja nuorten, työikäisten ja vanhusten palvelut olisivat keskitetty omiksi sektoreiksi samaan organisaatioon mahdollistaisi se sektorirajoja ylittävää moniammatillista hoitotoimintaa. Terveystaloudellisesti voitaisiin siirtää erikoissairaanhoidon avohoito-palveluja muun muassa perhepalvelukeskuksiin. Elinkaarimallin on terveystaloudellisesti tutkimuksessa todettu kehittävä toimintaa taloudellisempaan ja tuottavampaan suuntaan (Pekurinen, VNK-julkaisu 4/2007).

Mahdollisia heikkouksia tai haittapuolia terveystaloudellisesti saattavat olla seuraavat asiakokonaisuudet: malli saattaa kaventaa kunnallista vaikuttamismahdollisuutta pienempien kuntien osalta päätöksentekoprosessissa. Palvelujen saatavuus syrjäseuduilla saattaa heikentyä etäisyyksien kasvaessa. Henkilöstökehitys saattaa olla paikoin alimitoitettua hoitotarpeeseen nähden. Mikäli malli painottuu lyhyen aikavälin kustannusten minimointi -tavoitteisiin, niin tämän hintana saattaa olla kansanterveyden heikentyminen pitkällä aikajänteellä.

4.2.3. Vaikutukset kuntatalouteen

Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon rahoitusvastuu säilyisi kunnalla. Kunnalla on verotusoikeus ja lisäksi valtio osallistuu terveydenhuollon kustannuksiin valtionosuudella. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset määritellään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon määrätymisperusteiden ja kunnan syrjäisyyden perusteella. Määrätymisperusteita ovat kunnan asukasluku, ikärakenne, työttömyys (työttömyyskerroin), asukkaiden sairastavuus (sairastavuuskerroin), vaikeasti vammaisten henkilöiden lukumäärä (vammaiskerroin), lastensuojelun tarve (lastensuojelukerroin), palvelu- ja jalostusaloilla toimivien osuus työllisestä

työvoimasta sekä syrjäisyys (syrjäisyyskerroin). Vuosittain valtionosuuden laskennan perusteena olevia kustannuksia hyväksyttäessä otetaan huomioon valtionosuustehtävien laajuus ja laatu sekä kustannustason muutos. Valtionosuusprosentti on tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollossa 32,36.

Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä uudistetaan. Uudistuksen tavoitteena on yksinkertainen ja läpinäkyvä järjestelmä. Uudistuksessa päätetään kuntien verotulopohjan vahvistamisesta siirtämällä verovähennyksiä valtion rasitukseksi sekä poistetaan kuntien rahoitusjärjestelmään liittyvät kuntien yhdistymisen ja yhteistyön esteet. Tavoitteena on hallinnonalakohtaisten valtionosuuksien yhdistäminen. Valtionosuusjärjestelmässä otetaan huomioon kuntien erilaiset olosuhteet ja palvelutarpeet. Verotuloihin perustuva valtionosuuksien tasausjärjestelmän on oltava neutraali kunta-valtio suhteen kannalta. Uudistus ei muuttaisi valtion ja kuntien välistä kustannusten jakoa. Valtionosuuslainsäädännön uudistuksen on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2010.

Kuntien menojen kasvu on ollut viime vuosina nopeaa. Vuosina 2000–2004 kuntien toimintamenot lisääntyivät vuosittain nimellisesti keskimäärin 5,4 prosenttia. Vuonna 2005 menojen kasvu jatkui edelleen yli 5 prosentin tahtia.

Sosiaali- ja terveystoimen osuus kuntien ja kuntayhtymien menoista on noin 50 prosenttia vuonna 2008. Erityisen nopeasti kustannukset ovat nousseet vanhusten ja vammaisten muissa kuin laitospalveluissa (vuodesta 2000 keskimäärin 12,3 prosenttia per vuosi) sekä erikoissairaanhoidossa (keskimäärin 6,6 prosenttia vuodessa) ja perusterveydenhuollossa (keskimäärin 6,2 prosenttia vuodessa).

Erikoissairaanhoidon vuosittaiset menovaihtelut vähenevät olennaisesti yli 20 000 asukkaan väestössä. Suuremmat organisaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa mahdollistaisivat palvelujen joustavan ja tehokkaan järjestämisen sekä mittakaavaetujen hyödyntämisen. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on arvioitu, että noin kymmenen lääkärin terveyskeskus on perusterveydenhuollon palvelujen tehokkaan tuottamisen kannalta riittävän suuri ja samalla riittävän kokoinen turvaamaan toimivat päivystys- ja sijaisjärjestelyt

sekä henkilöstön koulutus. Henkilöstön saatavuus ja osaamisen turvaaminen ovat keskeisiä perusteita suuremmalle yksikkökoolle palvelujärjestelmässä.

Esityksen perusteella toteutettavilla palvelurakenteiden muutoksilla arvioidaan olevan pitkällä aikavälillä merkittäviä vaikutuksia palvelujen järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin. Näitä vaikutuksia ei kuitenkaan ole tässä vaiheessa mahdollista arvioida, kun vielä ei ole tietoa siitä, kumman mallin kunnat käytännössä toteuttaisivat. Kustannussäästöjä arvioidaan syntyvän etenkin päällekkäisten toimintojen poistumisesta, mahdollisuudesta hyödyntää yhteisiä voimavaroja nykyistä tehokkaammin ja mahdollisuudesta tarkastella nykyistä paremmin eri palveluja toisiinsa liittyvinä kokonaisuuksina. Alueellisen yhteistyön vahvistaminen antaisi mahdollisuuden entistä hallitumpaan ja pitkäjänteisempään suunnitteluun ja henkilöstön, tilojen ja muiden voimarojen parempaan hyödyntämiseen ja siten antaisi myös mahdollisuuden taloudellisiin hyötyihin.

Terveyden edistämisen vahvistamisella voitaisiin vaikuttaa merkittävästi sairauksien syihin, mikä puolestaan tuottaisi huomattavia terveyshyötyjä kohtuullisin kustannuksin. Terveyden edistämällä voitaisiin hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauden vuoksi poissaoloista ja varhaisesta eläkkeelle jäämisestä aiheutuvia kustannuksia. Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavia keinoja voidaan osoittaa ainakin liikunnan lisäämisen, terveellisen ravitsemuksen, painonhallinnan ja tupakoimattomuuden edistämässä, alkoholin käytön hillitsemisessä sekä osteoporoosin ja kaatumisten aiheuttamien murtumien ehkäisemisessä (STM Julkaisuja 2008:1).

Kunnille maksettavat sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet kasvavat kehyskaudella 2008 – 2011. Vuonna 2008 korotus kohdistuu kuntien palkkaratkaisun tukemisen (150 miljoonaa euroa) lisäksi ensisijaisesti vanhusten kotipalvelun ja laitoshoidon henkilöstölisäyksiin ja perusterveydenhuollon vahvistamisen sekä pieneltä osin myös toimeentulotuen viivytyksettömän käsittelyn turvaamiseen (yhteensä 21,3 milj. euroa). Myöhemmin vuosina valtionosuuksien tasokorotus on 21,3 miljoonaa euroa vuosittain. Vuo-

sien 2009 – 2011 määrärahalisäysten käyttö täsmentyy näitä vuosia koskevien talousarvio- ja kehyspäästösten yhteydessä. Terveystalouden kehyspäästösten ja vuosittaisen talousarvioesityksen puitteissa.

4.2.4. *Ensihoitopalvelu*

Potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta sekä ensihoidokeskusten käyttöönotto ja ensihoidon lääkäri- ja asiantuntijapalvelujen keskittäminen terveys- tai sairaanhoitopiireihin vähentäisivät kustannuksia. Nykyisin sekä terveyskeskukset että sairaanhoitopiirit ovat järjestäneet ensihoidon vastuulääkäritoimintaa ja toiminta on ollut osin päällekkäistä. Vastuulääkäritoiminnot keskittyisivät lukumääräisesti rajoitetulle joukolle alueellisia vastuulääkäreitä satojen kunnissa toimivien lääkäreiden sijaan. Ensihoitopalvelun järjestäminen lisää menoja yhteensä noin 5 800 000 euroa, josta valtionosuus on noin 1 900 000 euroa. Järjestelmän muutos toteutetaan asteittain vuosina 2010-2012. Valtionosuus sisällytetään ensimmäisen kerran vuosien 2010-2013 kehysvalmisteluun ja vuosittaisiin talousarvioehdotuksiin.

Lääkärihelikopteritoimintaa hallinnoivan yksikön perustamiseen on esitetty myönnettäväksi määrärahaa vuoden 2008 II lisätalousarvioesityksessä sekä vuoden 2009 talousarviossa yhteensä 800 000 euroa.

4.3. **Vaikutukset viranomaisten toimintaan**

Esityksen mukaan terveydenhuollon lainsäädännön ja ohjausjärjestelmän uudistamisella kehitettäisiin palvelujärjestelmää siten, että palvelujärjestelmän perustana olisi kattava terveyden edistämisen ja perusterveydenhuollon palvelujärjestelmä. Myös terveydenhuollon alueellinen kehittäminen mahdollistaisi pitkäjänteisen suunnittelun. Alueellisessa yhteistyössä voitaisiin sopia palvelujärjestelmän kehittämisestä, alueellisesta työnjaosta sekä sen toteuttamisesta. Yhteistyö edistäisi saumattomien palveluketjujen syntymistä ja eri palvelujen yhdistymistä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi. Asia-

kas ja potilas saisi palvelut oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Myös erikoisosaaminen suomalaisessa terveydenhuollossa kehittyisi alueellisen yhteistyön ja työnjaon myötä. Kun esimerkiksi terveyskeskukset ja sairaalat erikoistuisivat tiettyjen toimenpiteiden hoitamiseen, niistä tulisi hyviä osaamiskeskustoja ja henkilökunnankin rekrytointi voisi helpottua.

Esitys myös selkeyttäisi yhteyttä terveydenhuollon toiminnan ja kuntalaissa tarkoitettun taloudellisen suunnittelun välillä. Kuntalain 65 §:n mukaan kunnanvaltuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi vuodeksi talousarvio. Talousarvion lisäksi valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi. Talousarvio ja –suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan. Kuntalain 86 §:ssä säädetään kuntaa koskevien säännösten soveltamisesta kuntayhtymässä. Alueellinen, suunnitelmallinen yhteistyö ja terveyden edistämisen kytkeminen kunnan taloussuunnitteluun parantaisi nykyistä käytäntöä ja se edistäisi kuntien taloudellista vakautta. Terveystalouden toiminnat voitaisiin järjestää saman aikajänteen sisällä kuin kunnan talouden suunnittelukin tapahtuisi.

Ehdotuksen ensihoitoa ja sairaankuljetusta koskevat uudistukset kehittäisivät huomattavasti palvelujärjestelmää. Ensihoidon järjestämisvastuun siirto alueelliselle tasolle, potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta sekä ensihoidokeskusten käyttöönotto lisäisivät tehokkuutta. Ehdotuksen tavoitteena on parantaa palvelujen laatua, selkeyttää palveluorganisaatiota, kehittää palvelujen ohjausta sekä parantaa tuottavuutta.

Tavoitteena on luoda aikaisempaa vahvemmat yhteistyörakenteet valtakunnallisesta kehittämistyöstä vastaavien toimijoiden (Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämisskeskus Stakes, Kansanterveyslaitos KTL ja Työterveyslaitos TTL) ja kuntien välille. Valtion aluehallinto uudistuu ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveystalosten tehtävät tulevat painottumaan yhä vahvemmin palvelujen ohjaukseen ja valvontaan. Pysyvämmästä hallintomallista päätetään Aluehallinnon uudistus 2010-hankeissa (ALKU-hanke,

väliraportti VM 19/2008).

Tavoitteena olisi selkeyttää myös Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten työnjakoa. Ehdotuksessa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallituksen ohjausta ja valvontaa koskevat säännökset ovat kuitenkin vielä sisällöltään nykyisen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain säännösten mukaiset. Sosiaali- ja terveysministeriö on keväällä 2008 asettanut työryhmiä, joiden toimeksiantoon sisältyy muun muassa näitä asioita. Työryhmien työ päättyy vuoden 2008 lopussa.

4.4. Vaikutukset kuntalaisiin, asiakkaisiin ja potilaisiin

Potilaan oikeus valita erityisvastuualueella toimintayksikkö lisäisi asiakaslähtöisyyttä. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaisi lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja. Väestöllä olisi siis laajempi oikeus valita perushoitopaikka joko luonnollisen asiointisuunnan (esimerkiksi työpaikka) tai hoitotarpeen (esimerkiksi diabetes) mukaan yli kuntarajan. Potilaalle sairaudesta aiheutuvia haittoja voitaisiin lieventää integroiduilla hoito- ketjuilla, joissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido toimisivat tiiviissä ja tehokkaassa yhteistyössä. Potilas olisi palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoitaisiin hänen terveydentilaansa koskevista lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä tarpeistaan lähtien. Terveyspalvelujärjestelmän olisi oltava läpinäkyvä niin, että potilas saisi luotettavaa tietoa omien palvelujensa toimivuudesta.

Keskitettyissä malleissa, joissa osia erikois-
sairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta
on integroitu toisiinsa, odotusaikojen ja jono-
jen voidaan odottaa vähenevät koordinoitun
hoidon johdosta. Erityisesti erikoissairaan-
hoidon konsultaation ja hoidon (esimerkiksi
poliklinikkatoiminta, päiväkirurgia) tuomi-
nen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa
mahdollistaisi tehokkaamman hoidon perus-
tasolla ja todennäköisesti vähentäisi lähettei-
den määrää.

Potilaan valintoja voidaan ohjata kohti diagnoosin erikoistumisalueen lääkäreitä, jolloin lääkäreiden mahdollisuudet erikoistua tiettyyn kohderyhmään parantuvat ja hoito

todennäköisesti tehostuu. Lääkäriin valintamahdollisuudet erikoistumisalueensa suhteen kasvavat, mikäli potilaita ohjataan lääkärin spesialisoitumisen perusteella vastaanotto-toiminnassa. Työhyvinvointia ja oppimista, jotka heijastuvat kuntalaisten parempana hoitona, voidaan perusterveydenhuollossa lisätä muodostamalla toimintaa ”terveystiimi”-pohjaiseksi, jossa lääkärit ja sairaanhoitajat työskentelevät tiimeissä, kuten sairaaloissa.

Myös potilasrekisterin ja tietojärjestelmien yhteensopivuus sekä tiedonkulun parantaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä edistää potilaan hoito- ja palveluketjujen toimivuutta. Tiedonkulun parantamisessa huolehditaan kuitenkin potilaan tietosuojasta. Kiinteämpi yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen välillä terveystieteiden ja terveysalan tutkimuskeskusten välillä terveyspolitiikan ja -suojelun osana on myös toiminnallisia etuja hoitoprosessissa.

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtäminen kuntatasolta sairaanhoitopiireille tai terveystieteille parantaa kuntalaisten yhdenvertaisuutta, koska toiminta suunnitellaan terveystieteisiin tai sairaanhoitopiiriin tasolla yhtenäiseksi ja kuntakohtaiset erot palvelujen saamisessa ja laadussa vähenevät. Ensihoitojärjestelmään ehdotetut muutokset parantaisivat asiakkaiden ja potilaiden saaman palvelun laatua. Tavoitteena olisi yhtenäistää väestön avunsaantia kiireellisissä tilanteissa.

4.5. Vaikutukset ympäristöterveydenhuoltoon

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alue koostuu kuntien ja kuntayhtymien nykyisistä valvontayksiköistä muodostetusta yhdestä organisaatiosta. Kuntien tehtävänä olevan ympäristöterveydenhuollon tulee olla osa saman valvontayksikön tehtäväkenttää.

Tarkoituksenmukaisen työnjaon ja erikoistumisen mahdollistamiseksi valvontayksikön minimikoko on koko ympäristöterveydenhuollon toimialalla 10-15 henkilötyövuotta ottaen kuitenkin huomioon paikalliset erityis-tehtävät. Koko henkilöstön ei ole välttämätöntä olla sijoitettuna valvontayksikön keskuspaikalle.

Kuntien tulee osana kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain 10 §:ssä tar-

koitettua selvitystä kuvata, miten ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alue muodostetaan. Yhteistoiminta-alueita muodostettaessa tulee huomioida muu kuntien välinen yhteistyö, ensisijaisesti perusterveydenhuollossa.

Maaliskuussa 2007 tehdyn Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan, jos kunta ei kesäkuun 1 päivään 2009 mennessä ole tehnyt päätöstä kuulumisesta johonkin ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen, valtioneuvosto voi päättää asianomaista kuntaa ja lääninhallitusta kuultuaan kunnan kuulumisesta ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen. Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden on aloitettava toimintansa viimeistään tammikuun 1 päivänä 2013.

4.6. Yhteiskunnalliset vaikutukset

Terveyden edistäminen ja perusterveydenhuolto ovat erittäin tärkeitä sekä palvelujärjestelmän omassa toiminnassa että myös yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa. Pyrkimyksenä on, että lainsäädännön, ohjausjärjestelmän ja palvelujärjestelmän kehittämisellä luotaisiin hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset erillisten palvelujen yhteensovittamiseksi alueelliseksi palvelukokonaisuudeksi. Palvelujen alueellistaminen ei kuitenkaan tarkoittaisi, etteikö palvelujen toteuttamisessa olisi mahdollista edelleen järjestää palvelut lähipalveluina.

Ehdotuksen mukaisesti palvelujen vaikutavuuden parantaminen, ongelmien ennalta ehkäiseminen, peruspalvelujen vahvistaminen, palvelurakenteiden ja asiakasprosessien tehostaminen sekä uusien teknologiaratkaisujen ja palveluinnovaatioiden käyttöön ottaminen sekä johtamisen ja henkilöstörakenteen kehittäminen edistäisivät terveydenhuollon laatua ja kustannustehokkuutta.

Stakesissa ja KELAssa on laadittu yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton kanssa sosiaali- ja terveydenhuollosta kunta- ja palvelurakenne (PARAS) hankkeeseen liittyviä tilastollisia seuranta-indikaattoreita, jotka kertovat kansanterveyden kehityksestä maakunta, seutukunta ja kuntatasolla. Aineistosta saa tukea

laadittaessa kunta- ja palvelurakennemuutoksen mukaista toimeenpanosuunnitelmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden ja palveluverkon kehittämisen arvioimiseen. Ohessa esitetään terveyserojen kaventamiseen liittyviä tuloksia näiden indikaattorien pohjalta.

Sairaanhoitopiirin osalta Forssan FSTKY:n kansanterveyden indikaattorit ovat säilyneet 2000-luvulla kutakuinkin ennallaan lukuun ottamatta sydämen vajaatoiminta- ja verenpainetauteja, joiden osalta tilanne on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Sairastavuusindeksien perusteella Forssan uusi malli ja sen tuomat kustannusedut eivät ole tapahtuneet kansanterveyden kustannuksella, joka on kehittynyt lievän myönteisesti.

Terveyspiirimallin osalta Kainuun maakunnassa kustannusrakenteen keventämiseksi ja toiminnan vaikuttavuuden tehostamiseksi on terveydenhuollon toimintaa muutettu avopainotteisemmaksi. Kainuun väestön terveydentilassa näyttäisi olevan tapahtumassa nyt ensimmäisen kerran vuosikymmeniin muutos parempaan suuntaan. Kansansairaudet, joihin KELAn terveystuntarissa luetaan diabetes, psykoosit, sydämen vajaatoiminta, nivelreuma, astma, verenpainetauti ja sepelvaltimotauti ovat kaikki vähentyneet psykooseja lukuun ottamatta noin 2-7 prosenttia vuosina 2003-06. Osa tästä myönteisestä kehityksestä on Kainuun terveyshuoltomallin ansiota.

Kainuulaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi korostuu väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen. Kainuussa on nyt käynnistetty laajoja hankkeita yhteistyössä työnantajien, järjestöjen ja kuntien kanssa. Yhteistyöhön ovat osallistuneet myöskin STM, KTL, Stakes ja eri tutkimus- ja oppilaitokset. Käynnissä olevista hankkeista mainittakoon muun muassa seuraavat: sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen (Teroka), rakenteellisen työttömyyden vähentäminen Kainuussa (Kaira), Kainuun Päihdetyön koordinointi, päihdehoitopalvelua nuorille (PÄRE), Sosiaalialan kehittämisyksikkö Kainuuseen, sosiaalialan henkilöstön tehtävärakenteen ja työolojen kehittäminen (SORAKE), vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa (VASARA), perhekeskukset Kainuuseen, kainuulainen työ- ja terveyskunnan

toimintamalli (KaiTo).

5. Asian valmistelu

5.1. Valmisteluvaiheet ja –aineisto

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kesäkuussa 2007 työryhmän selvittämään, miten kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdistetään uudeksi laiksi terveydenhuollosta niin, että se parhaalla mahdollisella tavalla tukee myös muita hallitusohjelmassa terveydenhuollon kehittämiseksi asetettuja tavoitteita ja että se vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Työryhmän määräaika päättyi 31 päivänä toukokuuta 2008.

Työryhmä kuuli useita asiantuntijoita ja järjesti yhdessä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan kanssa toukokuun 8 päivänä 2008 kutsuseminarin terveydenhuoltolain valmistelusta.

Valtioneuvosto vahvisti tammikuussa 2008 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE 2008-2011). Ohjelman päätavoitteina on lisätä muun muassa väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventaa terveyseroja. Lisäksi tavoitellaan palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantumista ja alueellisten erojen vähentymistä. Tavoitteet on jaoteltu mitattaviksi osatavoitteiksi, jotka pyritään saavuttamaan paikallisesti toteutettavilla konkreettisilla toimenpiteillä. Valtio tukee toimintaa muun muassa lainsäädännön uusimisella, suosituksilla ja valtionavustuksilla.

5.2. Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Työryhmän muistio ja siihen sisältyvä ehdotus terveydenhuoltolaiksi lähetetään lausunnonlaajasti. Lausuntopyyntöjen lisäksi työryhmän muistioon ja ehdotuksiin on mahdollista antaa lausunto internetissä www.otakantaa.fi –menettelyn avulla.

6. Riippuvuus muista esityksistä

Vuosina 2008 - 2011 toteutetaan kunta- ja palvelurakenneuudistus, jonka keskeinen tavoite on väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa. Uudistus muuttaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä ja edellyttää myös uusien työmenetelmien ja tietopohjan kehittämistä, hyvää johtamista ja toimenpiteitä, joilla turvataan henkilöstörakenteen ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa. Tarvitaan rakenteiden, toimintatapojen ja osaamisen uudelleen arviointia ja kehittämistyötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmä muuttuu vuoden 2010 alusta. Tehtäväkohtaisesta valtionosuuslainsäädännöstä luovutaan ja valtionosuuksien hallinnointi ja maksatus siirtyvät valtiovarainministeriöön. Kuntien on tulevaisuudessa tehtävä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat uudistukset suuntaamalla olemassa olevia voimavaroja uudelleen ja kehittämällä vaikuttavampia toimintatapoja ja palveluja kehittäen.

Lisäksi on asetettu Aluehallinnon uudistamishanke (ALKU-hanke), joka selvittää aluehallinnon viranomaisten tehtäväkokonaisuuksia ja jonka tavoitteena on selkiyttää aluehallinnon viranomaisten työnjakoa. Hankkeen toimikausi päättyy 31 päivänä maaliskuuta 2009. Se antoi väliraporttinsa huhtikuussa 2008. Uudistusten on tarkoitus tulla voimaan vuoteen 2010 mennessä.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää yksityinen terveydenhuolto, jonka lainsäädännön uudistus on parhaillaan valmisteilla sosiaali-terveysministeriössä.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1. Lakiehdotuksen perustelut

1 luku

Yleiset säännökset

1 §. Soveltamisala. 1 momentti. Laki koskee kunnan järjestämisvastuun piirissä olevaa terveydenhuoltoa. Vastuu terveydenhuollon eli kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta on ollut Suomessa perinteisesti kunnalla. Vastuuseen sisältyy muun muassa vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut laadukkaina. Kunnalla on myös vastuu palvelujen järjestämistavasta. Kunnalla on vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen. Vastuuseen sisältyy myös valvonta siitä, että palvelut toteutuvat. Lain soveltamisalaan sisältyisi kunnallinen terveydenhuolto. Kunta voisi terveydenhuoltolain mukaan muodostaa terveydenhuollon järjestämiseksi yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän, jolloin kunnallinen terveydenhuolto tarkoittaisi myös näiden tasojen toimintaa. Kunnallista terveydenhuoltoa täydentäisi yksityinen terveydenhuolto, josta säädetään erikseen laissa yksityisestä terveydenhuollosta.

2 momentti. Laki ei koske Ahvenanmaan maakuntaa. Ahvenanmaan itsehallintolain (1141/1991) 18 §:ssä säädetään maakunnan lainsäädäntövallasta. Lain 18 §:n 12 kohdassa säädetään siitä, että Ahvenanmaan maakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat terveyden- ja sairaanhoitoa itsehallintolain 27 §:n 24, 29 ja 30 kohdassa säädettyin poikkeuksin. Itsehallintolain 27 §:n mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat 24 kohdan mukaan hallinnollista puuttumista henkilökohtaiseen vapauteen, 29 kohdan mukaan ihmisten tarttuvien tauteja, kastointia ja sterilointia, raskauden keskeyttämistä, keinohedelmöitystä, oikeuslääketieteellisiä tutkimuksia sekä 30 kohdan mukaan terveyden- ja sairaanhoidon piirissä toimivien kelpoisuusvaatimuksia, apteekkilaitosta, lääkkeitä ja lääkkeenomaisia

tuotteita, huumaavia aineita sekä myrkkujen valmistamista ja niiden käyttötarkoituksen vahvistamista.

2 §. Lain tarkoitus. 1 kohta. Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Terveyspolitiikan tavoitteina ovat terveellisten elämäntapojen edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy sekä terveyspalvelujen tarkoituksenmukainen kehittäminen siten, että Suomessa asuvilla on asuinpaikastaan ja varallisuusasemastaan riippumatta mahdollisuus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut.

2 kohta. Tavoitteena on, että yleinen terveydentila kohenee ja terveyden eriarvoisuus vähenee. Suomalaisten terveydentila on monien osoittimien mukaan kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Pitkäaikaissairaudet ovat alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 prosenttia yleisempiä kuin ylimmissä ryhmissä. Nämä erot ovat hieman pienentyneet työikäisillä, mutta kasvaneet eläkeikäisillä. Väestön elinikä on Suomessa pidentynyt ja terveydentila on monien muidenkin osoittimien mukaan kohentunut.

Sosioekonomisten ryhmien välillä todetaan kuitenkin suuria elinajan odotteen, sairastavuuden ja sairauksien riskitekijöiden eroja. Myös terveyspalvelujen rakenteessa ja kohdentumisessa näyttää olevan eriarvoisuutta tuottavia piirteitä. Vuonna 2001 hyväksytyn kansallisen Terveys 2015 -ohjelman läpäisevänä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelman mukaan tähän tulisi päästä muun muassa parantamalla heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia ja suhteellista asemaa. Terveyserojen syyt liittyvätkin osaltaan laajoihin yhteiskunnallisiin tekijöihin ja yleisiin hyvinvoinnin edellytyksiin. Lisäksi terveyseroja kasvattavat elintavoissa ja kansansairauksien riskitekijöissä ilmenevät väestöryhmittäiset erot. Terveyserojen kaventaminen edellyttää siten monipuolisia hyvinvoinnin ja terveyden edellytysten turvaamiseen liittyviä toimia, joissa eri hallinnonalojen ja eri tason toimijoiden yhteistyö on tarpeen.

Terveyserojen kaventamisen tavoite on ilmaistu selvästi sekä vuoden 2003 että vuoden 2007 hallitusohjelmissa. Myös vuoden 2006 Sosiaali- ja terveystietomus nosti terveyserojen kaventamisen ja syrjäytymisen ehkäisyn keskeisiksi tulevaisuuden haasteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -asiakirjassa vuonna 2006 linjannut terveyserojen kaventamisen keskeiseksi tavoitteeksi väestön terveyttä ja toimintakykyä edistettäessä.

Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmaan sisältyvän terveyden edistämisen politiikkaohjelman yhtenä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Politiikkaohjelmaan tiiviisti kytkettynä on valmisteltu terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma, joka hyväksyttiin sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän kokouksessa 29 toukokuuta 2008.

3 kohta. Järjestelmän määrätietoinen kehittäminen asiakaskeiseksi on myös välttämätöntä. Asiakaslähtöisyyden rinnalla käytetään termiä asiakaskeisyys. Tällöin asiakas on palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen terveydentilaansa koskevista lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä tarpeistaan lähtien. Asiakkaan pitäisi olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. OECD on Suomen terveydenhuoltoa koskevissa huomioissaan kiinnittänyt erityistä huomiota järjestelmän jäykkyyteen muun muassa siinä mielessä, ettei potilailla julkisessa terveydenhuollossa ole ollut oikeutta valita hoitopaikkaa ja/tai hoitavaa lääkäriä. Palvelut tulisi järjestää väestön terveystarpeiden mukaisesti, ei kysynnän.

4 kohta. Tarkoituksena on edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta eri väestöryhmissä ja maantieteellisesti. Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden päivittäistä laadunhallintaa, jotta ihmiset voivat luottaa hoidon turvallisuuteen. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Terveydenhuollon henkilöstö vastaa potilasturvallisuudesta. Myös potilailla ja heidän läheisillään tulisi olla keskeinen rooli potilasturvallisuuden

edistämisessä.

5 kohta. Terveydenhuoltolain ja palvelurakennemuutoksen tulisi edistää toimivien palvelukokonaisuuksien syntymistä. Palvelukokonaisuuksien toimivuuden idea kiteytyy saumattomiin palveluketjuihin: kaikki potilaan tai asiakkaan tarvitsemat palvelut yhdistetään yhdeksi joustavaksi ketjuksi. Tietojärjestelmät ovat saumattomien palveluketjujen toteutumisessa tärkeä väline. Saumattomuus voisi jopa vähentää hoidon kustannuksia.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen olisi muodostettava toiminnallinen kokonaisuus, myös terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen osalta. Näin voitaisiin puuttua nykyisiin päällekkäisyyksiin, tehottomuuksiin ja puutteisiin. Terveyskeskusten ja sairaaloiden työnjakoa pitäisi tarkistaa ja hyödyntää erikoislääkärityövoiman tarkoituksenmukaista käyttöä terveyskeskuksissa.

Palvelut tulisi tulevaisuudessa järjestää nykyistä laajemmalle väestöpohjalle riippumatta siitä, miten kuntarakenne ratkaistaan. Erityisesti sosiaali- ja terveystoimessa tarvitaan useampien kuntien yhteistyötä, vaikka kuntakoko olisi nykyistä suurempikin. Tärkeää olisi myös, että sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuus säilyisi eli palveluketjut pysyisivät yhdessä. Yhteistyön ja tietojärjestelmien yhteensopivuutta tulisi edistää etenkin vanhustenhuollossa, mielenterveytytyössä, päihdehuollossa ja kuntoutuksessa.

3 §. Määritelmät. 1 kohta. Kansanterveys-työn määritelmä on pääosin sisällöltään samanlainen kuin nykyisessä kansanterveyslaissa. Kansanterveystyö tuli suomalaisen terveystieteen ydinkäsitteeksi kansanterveyslain valmistelun yhteydessä 1960-luvulla. Kansanterveystyön tavoitteita ja sisältöä ei ole teoreettisemmin määriteltä, eikä sille myöskään ole selvää kansainvälistä vastinetta. Kansanterveystyön sisältö on määritetty hallinnollisesti vuonna 1972 voimaan tullessa kansanterveyslaissa ja sen tulkinnoissa. Kansanterveystyön toiminnallisenä tavoitteena on yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvan terveyden edistämisen, perussairaanhoidon, kuntoutuksen sekä niiden tukipalvelujen yhdistäminen terveyskeskustoiminnaksi. Kansanterveystyöhön sisältyvät perusterveydenhuolto, työterveyshuolto

ja ympäristöterveydenhuolto.

Määritelmään on lisätty sana ”suunnitelmallista”, millä halutaan korostaa sitä, että on tarkoituksenmukaista järjestää palvelut niin, että ne muodostavat toimivan, pitkäjänteiseen suunnitteluun perustuvan kokonaisuuden, joka vastaa alueen väestön terveystarpeita.

2 kohta. Perusterveydenhuolto on osa kansanterveystyötä. Perusterveydenhuollon palveluja annetaan pääsääntöisesti terveyskeskuksissa ja työterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto on yleisesti kaikkien saatavilla ja muodostaa maan terveysjärjestelmän perustan. Perusterveydenhuollon palvelut toteutetaan lähipalveluina.

Työterveyshuollon yhteydessä järjestetty sairaanhoito on yleislääkäritasoisista avosairaanhoitoa sekä erikoislääkärin toimintaa siltä osin, kun se perustuu työpaikan työterveyslääkärin arvioon selvitettyä työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia.

3 kohta. Terveyden edistämisen tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa väestön terveyttä ja toimintakykyä, vähentää vaaratekijöitä sekä ehkäistä sairauksien ja riskitekijöiden ilmaantumista sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyden edistämistä toteutetaan kansanterveystyössä niillä keinoin, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä: terveysneuvonta, terveystarkastukset, lääketieteelliset ehkäisytoimet, elinympäristön vaaratekijöiden tunnistaminen ja poistaminen tai niiden vaikutusten minimoiminen, sekä elinympäristön turvallisuuden parantaminen. Koska monet terveyden taustatekijät ovat terveydenhuollon välittömän päätösvalan ulkopuolella, terveyden edistämistä toteutetaan myös muualla yhteiskunnassa. Sitä edesauttaa yhteistyö, jossa terveydenhuollolla voi olla terveyden puolesta puhujan ja asiantuntijan rooli. Terveyden edistämiseen kuuluu myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy, mitkä halutaan selkeyden vuoksi mainita erikseen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännöksen perustelujen mukaan säännös julkisen vallan velvollisuudesta edistää väestön terveyttä viittaa yh-

täältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Säännöksellä on läheinen yhteys perusoikeuksiin, jotka turvaavat oikeutta elämään, työvoiman suojaan ja oikeutta terveelliseen ympäristöön.

4 kohta. Erikoissairaanhoito jakautuu perustason erikoissairaanhoitoon, vaativaan erikoissairaanhoitoon ja erityistason erikoissairaanhoitoon. Perustason erikoissairaanhoito tarkoittaa sairaalan poliklinikalla tehtäviä tutkimuksia ja siellä annettavaa hoitoa sekä päiväkirurgista erikoissairaanhoidon toimintaa, josta potilaita ei pääsääntöisesti oteta hoitoon sairaalan vuodeosastolle. Vaativa erikoissairaanhoito tarkoittaa sellaista erikoissairaanhoitoa, joka koostuu lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen päivystyksestä, vuodeosastohoidosta ja tehohoidosta. Vaativa erikoissairaanhoito tarkoittaa sairaalassa annettavaa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaista päivystystä ja vuodeosastohoitoa niihin välittömästi liittyvine tutkimuksineen.

Erikoissairaanhoitoon kuuluu ammattitautien ja työperäisten sairauksien tutkiminen, diagnosointi ja hoito.

5 kohta. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (767/2006).

6 kohta. Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetussa laissa on säädetty yhteistoiminta-alueen muodostamisesta. Yhteistoiminta-alueen tulisi muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Yhteistoiminta-alue organisoitaisiin kuntalain mukaisesti joko niin sanotun isäntäkuntamallin pohjalta tai kuntayhtymäksi.

7 kohta. Terveyspiirissä kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito olisivat integroitu samaan organisaatioon. Tässä yhteydessä on käytetty käsitettä terveyspiiri, koska ehdotus koskee vain terveydenhuollon järjestelmää. Jos kunta päättää antaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisvastuun yhteiselle organisaatiolle, voitaisiin käyttää käsitettä

sosiaali- ja terveystyöpiiri.

8 kohta. Sairaanhoidopiiri on terveydenhuoltojärjestelmää tarkoittava osa puitelain laajan väestöpohjan kuntayhtymästä. Jos kunta päättää puitelain mukaisesti yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun yhteiselle organisaatiolle, käytettäisiin käsitettä laajan väestöpohjan kuntayhtymä.

9 kohta. Yliopistollisia sairaaloita on viisi: Helsingissä, Tampereella, Turussa, Kuopiossa ja Oulussa.

10 kohta. Valtioneuvosto määrää erityisvastuualueet. Erityisvastuualue vastaa alueensa erityistason sairaanhoidosta ja erikoissairanhoidosta järjestämissopimuksen mukaisesti.

11 kohta. Kotikuntalaisia säädetään kotikunnasta.

12 kohta. Sosiaalihuollon määritelmä vastaa sosiaalihuoltolain 1 §:n määritelmää. Määritelmä on uusittu vuonna 2002 (lakimuutos 1134/2002).

2 luku

Terveydenhuollon palvelujen järjestäminen

4 §. Kunnan vastuu. 1 momentti. Terveydenhuollon käytännön järjestämisestä Suomessa vastaisivat jatkossakin kunnat. Valtio ohjaisi ja tukisi kuntia tässä tehtävässä sekä lainsäädännöllä että valtionosuuksilla. Kunnan vastuu merkitsisi yleisesti vastuuta siitä, että palveluja on asukkaiden saatavilla. Vastuu kansanterveystyön ja erikoissairanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta säilyisi siis pääsääntöisesti kunnalla. Kunnallishallinnossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuu-käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen sisältyisi muun muassa vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja olisi saatavilla ja että kuntalaiset saisivat nämä palvelut lain edellyttämällä tavalla. Esimerkiksi lakisääteisistä palveluista järjestämisvastuussa oleva olisi vastuussa myös siitä, että asukkaat saisivat lain edellyttämät palvelut. Kunnalla olisi myös vastuu palvelujen ”järjestämistavasta” (oma tuotanto, yhteistoiminta, ostopalvelut) sekä vastuu toiminnan järjestämisestä palvelutuot-

tannosta vastuussa olevassa organisaatiossa. Samoin kunnalla olisi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varoimisesta palvelujen järjestämiseen. Järjestämisvastuuseen sisältyisi myös valvontaa siitä, että palvelut toteutuvat.

Hallitusohjelmassa (Matti Vanhasen II hallitus) todetaan, että palvelujen järjestämisvastuu tulee säilyttää kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin.

2 momentti. Kunnan olisi järjestämisvastuunsa perusteella huolehdittava asukkaidensa lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustelluista tarpeista. Kunta olisi vastuussa siitä, että kunnan asukkaat saisivat lailla säädetty terveydenhuollon (kansanterveystyö ja erikoissairanhoido) palvelut ja että terveydenhuollon tehtäviin varattaisiin riittävästi määrärahoja kunnan talousarviossa. Kunnan järjestämisvastuuseen sisältyisi päätösvalta asukkaille järjestettävien terveystalvelujen määrästä, laadusta ja tuotantotavasta. Kunnan ensisijaista järjestämisvastuuta suhteessa kunnan asukkaaseen ilmentäisi myös se, että palvelujen saatavuudessa tai laadussa olevien puutteiden johdosta kunnan asukkaalla olisi mahdollisuus kohdistaa oikeusturvavaateensa kuten hallintoriitahakemuksensa, vahingonkorvausvaatimuksensa ja hallintokantelunsa kuntaan, jonka asukas hän on. Terveydenhuoltoon kuuluvat palvelut tulisi järjestää sisältöön ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntalaisten terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu tarve edellyttävät. Terveydentilan edellyttämä tarve pitää olla lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu.

3 momentti. Kansanterveystyön järjestämiseksi kunta voisi kuulua yhteistoiminta-alueeseen tai terveystyöpiiriin kuntayhtymään. Kunnan järjestäessä terveydenhuoltoa sopimuksin yhdessä muun kunnan tai kuntien kanssa tai olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä noudatetaan kuntalain (365/1995) säännöksiä kuntien yhteistoiminnasta. Kuntalain 76 §:n mukaan kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta (niin sanottu isäntäkuntamalli) taikka että tehtävän hoitaa kuntayhtymä. Kunnat voivat myös sopia, että kunnalle tai

sen viranomaiselle laissa säädetty tehtävä, jossa toimivaltaa voidaan siirtää viranhaltijalle, annetaan virkavastuulla toisen kunnan viranhaltijan hoidettavaksi. Kuntalain mukaisesti kunnat voivat siten hoitaa lakisääteisetkin tehtävänsä yhteistoiminnassa ja siirtää tehtäviin liittyvän päätösvallan toiselle kunnalle, kuntayhtymälle tai toisen kunnan viranhaltijalle.

Kunnan antaessa jonkin kansanterveystyön tehtävänsä toisen kunnan hoidettavaksi, tehtäviä hoitavan kunnan terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettu toimielin huolehtii tältä osin tehtäviä antavan kunnan puolesta kansanterveystyön toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä. Kuntalain 77 §:n mukaan voidaan myös sopia, että toisen kunnan hoidettavaksi tehtäviä antavat kunnat valitsevat osan jäsenistä siihen toimieliimeen, joka huolehtii tehtävästä tässä toisessa kunnassa. Jäseninä toimieliimessä voivat olla asianomaisten kuntien vastaavaan toimieliimeen vaalikelpoiset henkilöt.

Kunnan hoitaessa sopimuksen perusteella toisen kunnan puolesta kansanterveystyön tehtäviä, siirtyy myös tehtäviä antavan kunnan järjestämisvastuuta tehtäviä hoitavalle kunnalle (isäntäkunnalle). Kyse ei ole pelkästään kansanterveystyön palvelujen hankkimisesta palvelujen tuottajalta vaan isäntäkunta huolehtii tehtäviä antavan kunnan puolesta terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettua toimieliimen tehtävistä. Isäntäkunta päättää valtuustossaan myös kansanterveystyön toiminnallisista tavoitteista ja siitä, millaisin voimavaroin palvelut järjestetään kunnassa. Koska isäntäkunnan ja tehtäviä antavien kuntien asukkaiden palvelut järjestää isäntäkunta yhtenäisin perustein, vaikuttavat isäntäkunnan valtuuston päätökset myös tehtäviä antavien kuntien asukkaille järjestettävien palvelujen saatavuuteen ja laatuun.

Tehtäviä antava kunta on kuitenkin suhteessa kunnan asukkaaseen edelleen vastuussa siitä, että laissa turvattuja kansanterveystyön palveluja on tarjolla kuntalaisille. Jollei tehtäviä hoitava kunta hoida annettuja tehtäviä sovitulla tavalla, vastaa tehtäviä antanut kunta siitä, että kuntalainen saa lakisääteiset kansanterveystyön palvelut. Molemmilla sopijakunnilla on oikeus sovitulla tavalla irtisnoutua sopimussyhteistyöstä ja tehtäviä anta-

va kunta voi päättää järjestää kansanterveystyön tehtävät muulla tavoin. Tehtäviä antava kunta päättää myös edelleen tehtävien hoidon edellyttämästä rahoituksesta ja on vastuussa siitä, että kansanterveystyöhön varataan riittävästi määrärahoja kunnan talousarviossa. Tehtäviä hoitava kunta voi hankkia kansanterveystyön palveluja muilta julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta, mutta se ei voisi siirtää muiden kuntien puolesta viranomaisvastuulla suoritettavia tehtäviä, kuten yksilökohtaista päätöksentekoa, toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle, jollei siitä ole kuntien kesken erikseen sovittu.

Kunnan järjestäessä kansanterveystyön tehtäviä olemalla jäsenenä tehtäviä hoitavassa kuntayhtymässä, kuntayhtymä huolehtii jäsenkunnan puolesta terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettua toimieliimen tehtävistä siltä osin, kuin tehtäviä on annettu kuntayhtymän hoidettavaksi. Kuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö, joka voi tehdä oikeustoimia. Kuntalain 81 §:n mukaan kuntayhtymän päätösvaltaa käyttävät jäsenkunnat yhtymäkokouksessa tai päätösvaltaa käyttää perussopimuksessa määrätty jäsenkuntien valitsema toimielin. Kuntayhtymällä voi olla myös muita perussopimuksen mukaisia toimieliimiä.

Ympäristöterveydenhuollon ja työterveyshuollon tehtävät kunta voisi hoitaa muullakin tavalla itse tai alueellisesti yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Tämä vastaa nykyistä kansanterveyslakia.

4 momentin mukaan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiirin kuntayhtymään tai terveyspiirin kuntayhtymään. Ehdotuksen mukaan sairaanhoitopiirejä ja terveyspiirejä olisi jatkosakin yhteensä enintään 20 kappaletta. Piirijakoa ei ole sidottu nykyiseen sairaanhoitopiirijakoon, mutta säännöksen tarkoituksena on estää kentän pirstoutuminen.

Tavoitteena on, että kunnat muodostaisivat piirejä siten, että saataisiin alueellisesti eheä ja toiminnallisesti hyvä kokonaisuus, jolloin nykyinen piirijako voitaisiin murtaa ja rakentaa entistä toimivampi kokonaisuus.

5 momentti. Kunnalla on verotusoikeus ja kunta saa myös valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Kunta puolestaan vastaa yhteistoiminta-

alueen, terveyspiirin tai sairaanhoitopiirin rahoituksesta. Kunnan rahoituksesta sovitaan yhteistoiminta- tai perussopimuksessa. Kunta myös nimeää jäseniä yhteistoiminta-alueen yhteiseen toimitukseen tai mikäli on perustettu kuntayhtymä, niin kuntalain 81 §:n 1 momentin mukaiseen ylimpään toimitukseen.

5 §. Yhteistoiminta-alue. 1 momentti. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä kuntarakennetta on määrä vahvistaa yhdistämällä kuntia. Palvelurakenteita pyritään vahvistamaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka vastaa kansanterveystyöstä tulisi olla vähintään noin 20 000 asukasta. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007, jäljempänä puitelaki) ja tämän ehdotuksen yhteistoiminta-alueen muodostamiskriteerit vastaavat toisiaan. Yhteistoiminta-alueen tulee muodostaa sekä maantieteellisesti alueeltaan että palvelurakenteeltaan toiminnallinen kokonaisuus. Vaikka säännös sisältääkin vain kansanterveystyön järjestämisen, niin tämän lain 15 §:n mukaisesti yhteistoiminta-alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon hyvä yhteistyö ja eheä kokonaisuus olisi turvattava. Valtioneuvoston keväällä 2008 hyväksymässä Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa (KASTE) valtioneuvosto on yksityiskohtaisemmin linjannut kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteuttamista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on kuntataloudenkin näkökulmasta perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena.

2 momentti. Ehdotukseen on puitelaissa mainittujen väestöpohjavaatimuksesta poikkeamisen perusteiden lisäksi kirjattu poikkeamisperusteeksi se, että toiminnallista kokonaisuutta ei saada muodostettua ottaen huomioon työssäkäyntialue tai muiden kuntien perustamat yhteistoiminta-alueet, joihin kunnan suunnitelmat eivät ole yhteensovitettavissa.

3 momentti. Kuntalain 76 §:n mukaan kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta (niin sanottu isäntäkuntamalli) taikka että tehtävän hoitaa kuntayhty-

mä. Jos kunta on antanut terveydenhuollon tehtävät yhteistoiminta-alueen tehtäväksi, sen hoidettavaksi on annettava myös kansanterveystyötä koskevien muiden lakien mukaiset tehtävät. Näin säilyisi myös palvelurakenteen toiminnallinen kokonaisuus.

4 momentti. Puitelaista poiketen ehdotuksen mukaan valtioneuvostolla on mahdollisuus velvoittaa kunta muodostamaan laissa säädetyt edellytykset täyttävä yhteistoiminta-alue, jos kunta ei täytä yhteistoiminta-alueen muodostamiselle 1 – 3 momentissa säädettyjä edellytyksiä. Valtioneuvoston on ennen päätöstä kuultava asianomaisia kuntia.

6 §. Yhteistoiminta-alueen vastuu. Mikäli on muodostettu yhteistoiminta-alue, vastaa se kansanterveystyöstä eli kunnan vastuu siirtyy yhteistoiminta-alueelle. Yhteistoiminta-alue vastaa palvelujen järjestämisestä yhdenvertaisesti koko alueellaan, jolloin muun muassa kuntakohtaisia jonoja ei yhteistoiminta-alueella voisi syntyä.

7 §. Terveyspiiri. 1 momentti. Jos kunta päättää muodostaa muiden kuntien kanssa terveyspiirin, niin terveyspiiri vastaa sekä kansanterveystyöstä että erikoissairaanhoidosta siltä osin, mitä sovitaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Erikoissairaanhoidon kokonaisuuden järjestämiseksi terveyspiiriin tulee kuulua erityisvastuualueeseen. Kun kunnat ovat muodostaneet terveyspiirin ei kansanterveystyön järjestämiseksi enää tarvita yhteistoiminta-aluetta. Tämä ehdotus koskee terveydenhuoltoa ja siksi käytetään käsitettä terveyspiiri, mutta kunnilla on mahdollisuus myös muodostaa sosiaali- ja terveyspiiri. Terveyspiiriin palvelujen järjestämiskokonaisuutta koskeva tarkastelu on kuitenkin tehty siten, että myös sosiaalihuolto voidaan järjestää tällä yhteisellä pohjalla. Valmistellun lakiehdotuksen 2 luvun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä koskevat säännökset ovat joiltakin osin sellaisia, että niitä voidaan tarvittaessa soveltaa myös sosiaalihuollon palvelujen järjestämiseen. Ehdotuksessa on käytetty käsitteitä terveyspiiri ja sairaanhoitopiiri tarkoittamaan PARAS- puitelain mukaista laajan väestöpohjan kuntayhtymää, koska ehdotus toimeksiannon mukaisesti koskee vain terveydenhuollon järjestelmää.

Ellei kunta muodosta yhteistoiminta-aluetta

muiden kuntien kanssa, sen siis tulisi yhteistoiminta-alueen sijasta kuulua johonkin terveyspiiriin. Näin voitaisiin toteuttaa merkittävä uudistus maakunnallisen terveydenhuollon toteuttamisessa asukkaiden kannalta yhtenä kokonaisuutena. Terveyspiirit olisivat maakunnallisen päätöksenteon ja jäsenkunnan kannalta luonteva jatke nykyisille sairaanhoitopiireille. Tämä on tavoitteena mainittu myös valtioneuvoston Kaste-ohjelmaa koskevassa hyväksymispäätöksessä. Kunnan aseman järjestäminen tällä periaatteella muodostetuissa terveyspiireissä ei olisi ongelmallista, koska se noudattaisi jo sairaanhoitopiireissä vallinnutta käytäntöä.

2 momentti. Ehdotuksessa on säädetty terveyspiirin muodostamisen edellytyksistä siten, että terveyspiiriin tulee muodostaa terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus ja sen alueen tulee muodostaa maantieteellisesti eheä kokonaisuus. Terveyspiirin muodostaminen ei saa vaarantaa muiden alueen kuntien mahdollisuutta muodostaa alueellisesti eheä ja toimiva terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Terveyspiirin alueesta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta sovitetaan kuntayhtymän perussopimuksessa.

3 momentti. Terveyspiiriin on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti koko toiminta-alueellaan, joten kuntakohtaisia jonoja ei pääsisi muodostumaan. Terveyspiirillä olisi vastuu palvelujen järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin terveyspiirissä esiintyvä väestön terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden perusteella arvioitu tarve edellyttää. Perusteiden pitää täyttää lääketieteelliset tai hammaslääketieteelliset kriteerit.

Maakunnallisessa terveyspiirissä palvelujen järjestämisen kunnat voisivat toteuttaa erilaisilla ja kullekin piirille soveltuvalla tavalla. Jokaisessa kunnassa voisi olla lähipalvelupiste tai lähipalvelupisteitä kunnan väestön tarvitsemien lähipalvelujen tuottamista varten. Kunta voisi itse määritellä, mitkä palvelut terveyspiirissä tuotettaisiin lähipalveluna ja mitkä alueellisena ja yhteisenä palveluna. Lähipalvelut tuotettaisiin kunnan toivomusten mukaisesti lähipalvelupisteistä säännöllisesti kunnan toivomalla tavalla. Terveyspiiriin asukkaat voisivat käyttää lähipalveluja kuntarajoista riippumatta piirin alu-

eella.

Alueelliset palvelut järjestettäisiin sellaisilla alueilla, joissa liikenneyhteydet tai piirin maantieteellinen laajuus edellyttäisivät alueellista palvelujen organisoimista yhteisesti useamman kunnan asukkaille. Alueelliset palvelut organisoitaisiin jokaisella alueella keskitetysti ja alueellinen palvelupiste voisi sijaita pysyvästi jonkin kunnan alueella. Asukkaat voisivat käyttää alueellisia palveluja koko piirin alueella. Terveyspiirin palveluja ei sidottaisi etukäteen määriteltyyn väestöpohjaan, koska väestöpohjaan sidottu rakenne saattaisi toimia pidäkkeenä kokonaan uusien toimintamallien kehittämiseksi. Kukin terveyspiiri ja sen alueen kunnat voisivat kuitenkin hyödyntää kaiken sen valmistelun, johon ne ovat ryhtyneet kunta- ja palvelurakennelainsäädännön toteuttamista varten. Tästä voitaisiin sopia kuntayhtymien perussopimuksessa.

Uudistus toisi merkittävän parannuksen maakunnallisen terveydenhuollon johtamiseen. Kaikkia terveydenhuollon osatekijöitä johdettaisiin keskitetysti yhdestä paikasta. Tämä mahdollistaisi koko terveydenhuollon voimavarojen tehokkaan käyttämisen ja rajaitojen poistumisen. Integroidun maakunnallisen terveydenhuollon johtamisjärjestelmä ei olisi yhteneväinen sairaanhoitopiirien johtamisjärjestelmän kanssa. Erityisesti perusterveydenhuollon ja muiden lähipalvelujen asema johtamisjärjestelmässä tulisi huomioida. Käytännössä johtamisjärjestelmästä ja siinä noudatettavista periaatteista joudutaan sopimaan perussopimuksella.

Työntajina syntyvät organisaatiot olisivat suhteellisen suuria. Terveydenhuollon henkilöstön määrä ei kuitenkaan sinänsä lisääntyisi ja yhdistämisen suurin haaste kohdistuisi todennäköisesti syntyvään maakunnalliseen terveydenhuollon päätöksenteko- ja johtamisjärjestelmään. Hyvällä valmistelulla tämäkin kokonaisuus olisi hallittavissa. Tähän on varattu kuitenkin riittävästi aikaa siirtymäsäännöksillä, vaikka lain voimaantulo olisi alkuperäisen tavoitteen mukainen. Kuntayhtymien perussopimuksissa voitaisiin lain mukaan aina myös sopia terveyspiiriin jakautumisesta erillisiin terveydenhuoltoalueisiin.

Toisaalta riittävän suurten työnantajien syntyminen on maakunnallisen sosiaali- ja

terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta välttämätöntä. Vain riittävän suuret työnantajat voivat toteuttaa monet uudet työntäjille tulevat haasteet. Tällaisia haasteita ovat tulospalkkausjärjestelmien toteuttaminen, joustavien työaikajärjestelyjen käyttöönottoaminen, paikallinen sopiminen, erilaiset varahenkilöstöjärjestelyt sekä kunnallisen työnantajan yleisen imagon parantaminen.

4 momentti. Kunnat voivat päättää muodostaa myös piirin, jossa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon lisäksi hoidetaan myös sosiaalihuollon tehtäviä. Joka tapauksessa terveyspiiriin pitäisi erityisesti perusterveydenhuollon tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalihuollon kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

5 momentti. Jos kunnat eivät pääse sopimukseen terveyspiiristä tai terveyspiiriin muodostamisen edellytykset eivät täyty, valtioneuvosto määrää, mitkä kunnat muodostavat terveyspiirin ja kuntien yhteistoiminnan ehdot.

8 §. Sairaanhoitopiiri. 1 momentti. Kuntien, jotka eivät kuulu terveyspiiriin, tulee kuulua erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaanhoitopiiriin. Kunnan on muodostettava yhdessä muiden kuntien kanssa sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sairaanhoitopiirin alueesta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta sovitaan kuntayhtymän perussopimuksessa. Sairaanhoitopiirille muodostetaan myös hallintoelimet.

Perustuslain 121 §:n mukaan kunnallinen itsehallinto tarkoittaa oikeutta päättää kuntansa hallinnosta ja taloudesta. Itsehallinto kattaa muun muassa kuntalaisten oikeuden itse valitsemiinsa hallintoelimiin. Perustuslakivaliokunnan käytännössä on kuitenkin pidetty mahdollisena säätää tavallisella lailla pakkokuntayhtymistä ja vastaavista kuntien yhteistoimintaelimistä, vaikka valiokunta onkin katsonut kuntien velvoittamisen lailla osallistumaan kuntayhtymään lähtökohtaisesti rajoittavan jossain määrin kunnallista itsehallintoa (PeVL 31/1996 vp). Kuntien pakollisen yhteistoiminnan järjestelyjä arvioidessaan valiokunta on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi yhteistoimintatehtävien ylikunnalliseen luonteeseen, hallinnon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen niitä hoidetta-

essa sekä siihen, ettei noudatettava päätöksentekojärjestelmä anna yksittäiselle kunnalle yksipuolisen määräämisvallan mahdollistavaa asemaa (PeVL 32/2001 vp, PeVL 65/2002 vp, PeVL 22/2006 vp). Merkitystä on annettu myös sille, onko järjestely supistanut oleellisesti yhteistoimintaan velvollisten kuntien yleistä toimialaa (PeVL 11/1984 vp, PeVL 65/2002 vp).

Perustuslakivaliokunta on pitänyt ongelmallisena kuntien yhteistoimintaelimen tehtävien lisäämistä siinä määrin ja sillä tavalla, että se vaikuttaisi oleellisesti jäsenkuntien hallintoon ja vaarantaisi kunnallisen itsehallinnon periaatteisiin sisältyvän periaatteen kunnan päätösvallan kuulumisesta kuntalaisten valitsemille toimielimille (PeVL 11/1984 vp, PeVL 65/2002 vp). Valiokunta on kuntien vapaaehtoisesta seutuyhteistyöstä todennut (PeVL 11a/1984 vp.), että on hankalaa perustuslain 121 §:ssä turvattuun kunnalliseen itsehallintoon sisältyvän kansanvaltaisuusperiaatteen kannalta, jos kuntien päätösvaltaa ja tehtäviä siirrettäisiin hyvin laajamittaisesti seudulliselle toimielimelle. Valiokunta on katsonut tämän näkökohdan koskevan ja viime kädessä rajoittavan myös kuntien kuntalain mukaista mahdollisuutta siirtää tehtäviään kuntayhtymille (PeVL 65/2002 vp, PeVL 22/2006 vp).

2 momentti. Puitelain mukaan laajan väestöpohjan kuntayhtymät tulee perustaa nykyisen sairaanhoitopiiri- jaon pohjalle, vaikkakin piiri- jaon on mahdollista poiketa. Sairaanhoitopiiriin muodostamiselle ei ole puitelaissa asetettu muita kriteereitä. Terveystenhuoltolakiuonnoksessa ehdotetaan sairaanhoitopiiriin väestöpohjaksi vähintään noin 150 000 asukasta. Lisäksi ehdotuksen mukaan samaan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvien kuntien tulee kuulua samaan sairaanhoito- jaon piiriin.

Lisäksi on mahdollista, että sairaanhoitopiiri ja kansanterveystyöstä vastaava kunta tai yhteistoiminta-alueen kunnat voivat sopia, että kunta tai yhteistoiminta-alue vastaa sopimuksen mukaisesta perustason erikoissairaanhoidosta.

3 momentti. Kunnan järjestäessä terveydenhuollon tehtäviä olemalla jäsenenä tehtäviä hoitavassa kuntayhtymässä, siirtyy myös jäsenkunnan järjestämisvastuuta kuntayhtymälle. Kuntayhtymän jäsenkunta vastaa kui-

tenkin siitä, että kuntalainen saa lakisääteiset terveydenhuollon palvelut. Kuntayhtymän jäsenkunnilla on oikeus sovitulla tavalla erota kuntayhtymästä ja järjestää terveydenhuollon tehtävät muulla tavoin. Jäsenkunta päättää tehtävien hoidon edellyttämästä rahoituksesta omalta osaltaan ja on vastuussa siitä, että terveydenhuollon tehtäviin varataan riittävästi määrärahoja kunnan talousarviossa. Kuntayhtymän taloudesta sovitaan kuntayhtymän perussopimuksessa (Kuntalaki 78 § 3 momentti 5 kohta).

4 momentti. Sairaanhoitopiiriin on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti koko toiminta-alueellaan, joten kuntakohtaisia jonoja ei pääsisi muodostumaan. Piirillä olisi vastuu palvelujen järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin terveyspiirissä esiintyvä väestön terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden perusteella arvioitu tarve edellyttää. Perusteiden pitää täyttää lääketieteelliset tai hammaslääketieteelliset kriteerit. Vastuu potilaan hoidosta siirtyisi lähetteen tai kiireellisen erikoissairaanhoitoon hakeutumisen perusteella sairaanhoitopiirille.

5 momentti. Jos kunnat eivät pääse sopimukseen sairaanhoitopiirin piirijaosta tai yhteistoiminnan ehdoista, valtioneuvosto määräisi, mitkä kunnat muodostavat sairaanhoitopiirin ja sen yhteistoiminnan ehdot.

9 §. Erityisvastuualueet. 1 momentti. Osa erikoissairaanhoidosta voidaan määritellä erityistason sairaanhoidoksi. Peruste erityistason hoidoksi määrittämisessä on sairauden harvinaisuus, erikoissairaanhoidon vaativuus tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamat erityiset vaatimukset. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa jaettaisiin erityisvastuualueisiin. Sairaanhoitopiirit ja terveyspiirit kuuluisivat yhteen erityisvastuualueeseen. Erityisvastuualueita olisi viisi. Sairaanhoitopiirien ja terveyspiirien kuulumisesta erityisvastuualueeseen säädettäisiin valtioneuvoston asetuksella. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärinkoulutusta antava yliopisto.

2 momentti. Säännöksen mukaan erityisvastuualueella toimivassa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä tulisi olla yhteistoimintaelin. Kaikista erityisvastuualueen sairaanhoitopiireistä ja terveyspiireistä tulisi olla edus-

tus yhteistoimintaelimessä. Tämän lisäksi yliopistollisen sairaalan sijaintikunnalla tulisi olemaan edustus yhteistoimintaelimessä.

3 momentti. Puitelaissa ei ole säädetty erityisvastuualueen muodostamisesta, tehtävistä tai päätöksenteosta. Sairaanhoitopiirit ja terveyspiirit muodostavat erityisvastuualueen, niiden välisessä yhteistoimintasopimuksessa sovittaisiin tarkemmin yhteistoimintaelimen kokoonpanosta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta.

4 momentti. Erityisvastuualueen yhteistoimintaelin tekisi ehdotuksen erityisvastuualueiden työnjaosta. Ehdotus annettaisiin terveydenhuollon neuvottelukunnalle. Yhteistoimintaelin valmistelisi erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämissopimuksen. Siinä määriteltäisiin terveyspiirien ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon työnjako erityisvastuualueella. Järjestämissopimuksesta säädettäisiin 12 §:ssä.

10 §. Erityisvastuualueiden valtakunnalliset tehtävät ja työnjako. 1 momentti. Erityisvastuualueiden välisellä työnjaolla turvataan erityistason sairaanhoito, kun hoidon keskittäminen vain yhteen tai joihinkin yliopistollisiin sairaaloihin on tarkoituksenmukaista. Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon neuvottelukunta tekisi ehdotuksen erityisvastuualueiden työnjaoksi, minkä pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö tekisi päätöksen työnjaosta.

Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirit ovat käytännössä toimineet lain tarkoittamisessa asioissa vaihtelevasti. Yhteydenpito on useimmiten ollut säännöllistä. Kaikkein vaativinta erityisosaamista edellyttävät toiminnot ovat jo ennen erityisvastuualueita keskittyneet yliopistollisiin sairaaloihin. Valtioneuvoston asetuksen (767/2006) mukaiset listaukset alueellisesti keskitettävistä hoidoista ovat oikeastaan ensimmäisen kerran konkretisoineet tarpeen keskittää toimintoja alueellisesti. Kesäkuussa 2007 sosiaali- ja terveysministeriöön toimitetut listat ovat vielä keskeneräisiä, eivätkä toteutuessaan sellaisina tuo juurikaan muutoksia käytännön potilashoittoon.

Tiiviisti yhteistyötä tekevä ja konserniajattelulla toimiva erityisvastuualue mahdollistaisi erikoissairaanhoidon pirstoutuneisuuden vähentämisen, keskussairaaloiden välisen

kumppanuusajattelun edistämisen ja työnjaon viemisen nykyistä huomattavasti pidemmälle ilman, että erikoissairaanhoidon yksiköitä joudutaan lopettamaan. Sairaaloiden toimintaprofiilit tulisivat tällä toimintatavalla muuttumaan. Väestöpohjiltaan pienimpien keskussairaaloiden tehtävät muotoutuisivat suuren aluesairaalan tyyppisiksi. Suurimmat erikoissalat ja päivystys jatkaisivat, pienimmät erikoissalat keskittyisivät suurempiin yksiköihin.

Valtioneuvoston asetuksen mukaisten palvelujen järjestämissuunnitelmien ulottaminen sairaanhoitopiireistä erityisvastuualueetasolle edistäisi yhteistyötä ja työnjakoa. Tämä on suomalaisen erikoissairaanhoidon yksi keskeisimmistä ongelmista niin kuin OECD maamme terveydenhuollon arviossaan on todennut. Nykyisen lainsäädännön perusteella erityistason hoidosta on voitu säätää asetuksella. Siinä on säännökset paitsi valtakunnallisesti keskitettävästä hoidosta myös alueellisesti keskitettävästä hoidosta.

Erityisvastuualueet ovat onnistuneet konserniajattelun toteuttamisessa terveydenhuollon tukipalveluissa melko hyvin. Monet hankintatoimen osat toimivat jo nyt erva- alueittain. Laajaa yhteistyötä on myös kuntoutuspalvelujen alueella. Itä- Suomessa aloittaa ensi vuoden alussa neljän sairaanhoitopiirin yhteinen laboratorioliikelaitos. Suunnitelmia maakunnallisten laboratorio- ja kuvantamislaitosten yhteistyöstä tai jopa yhdistymisestä on olemassa.

11 §. Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma. 1 momentti. Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman tavoitteena olisi etukäteen saada samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat ja yhteistoiminta-alueet suunnittelemaan kansanterveystyön palvelujen järjestämisen alueellaan. Sairaanhoitopiiri voisi toimia kokoonkutsujana. Myös terveystyön tulisi yhdessä alueensa kuntien kanssa laatia vastaava suunnitelma. Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman avulla voitaisiin edistää alueellista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Siinä voitaisiin poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja kansanterveystyön palveluissa sekä alueella sijaitsevien terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös saumattomien

palveluketjujen edistämiseksi voitaisiin sosiaalihuollon palvelut tarvittaessa sovittaa kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen.

2 momentti. Yhteistyösuunnitelmalla olisi mahdollisuus sopia yhteistyöstä ja työnjaosta, miten lähipalvelut, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestettäisiin. Lisäksi yhteistyösuunnitelmassa voitaisiin sopia kansanterveystyössä tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa.

Suunnitelmassa tulisi ottaa huomioon, että erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6 §). Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman hyväksyttävää perustetta aseteta eri asemaan muun muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestäisi toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulisi olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein. Yhdenvertaisuusperiaate merkitsee myös sitä, että sen mukaisesti pitäisi toimia ajallisestikin yhdenvertaisesti eli hoito tulisi järjestää samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta siitä, ilmeneekö hoidon tarve vuoden alkupuolella tai vuoden lopulla. Säännös myös estäisi ns. kuntakohtaisten jonojen muodostumisen ja siten lisäisi potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa ja estäisi potilaiden siirtelyä erilaisissa jonoissa tai potilaiden väliinpuotoamisen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen.

3 momentti. Yhteistyösuunnitelma tulisi hyväksyä suunnitelman osapuolten yhtäpitävin päätöksin. Jos yhteistyösuunnitelmasta ei olla yksimielisiä, suunnitelman hyväksymisen edellyttää, että kuntien enemmistö hyväksyisi suunnitelman.

4 momentti. Suunnitelma laadittaisiin valtuustokausittain, mutta osapuolet arvioisivat sitä vuosittain ja tekisivät siihen tarvittaessa muutoksia.

**12 §. Erikoissairaanhoidon järjestämisso-
pimus. 1 momentti.** Erikoissairaanhoidossa on tärkeää sopia koko erityisvastuualueen tasolla erikoissairaanhoidon alueellisesta työn-

jaosta. Työnjaossa sovittaisiin, mitä palveluja tuotetaan missäkin toimintayksikössä. Eri-tyisvastuualueella sovittava erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen on tärkeää erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamiseksi. Palvelujen järjestämisestä sovittaisiin erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämissopimuksessa. Sopimuksen valmistelisi 9 §:ssä tarkoitettu erityisvastuualueen yhteistoimintaelin.

2 momentti. Järjestämissopimuksen avulla voitaisiin entistä paremmin vahvistaa alueellista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Siinä voitaisiin poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja sairaanhoitopiiriin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös saumattomien palveluketjujen edistämiseksi voitaisiin sosiaalihuollon palvelut tarvittaessa sovittaa erikoissairaanhoidon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen. Työnjaossa tulisi ottaa huomioon, että erikoissairaanhoidon järjestämiseen on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat. Työnjaon pitäisi edistää terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta. Työnjaolla voitaisiin myös edistää erikoissairaanhoidon palvelujen vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta.

3 momentti. Erikoissairaanhoidon järjestämssopimuksessa olisi sovittava erikoissairaanhoidon työnjaon lisäksi myös uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotosta. Näin uusien menetelmien käyttöönotto perustuisi laajempaan konsensukseen alueella, ja ne voitaisiin ottaa käyttöön alueella samanaikaisesti ellei muuta sovita. Tämä lisäisi myös alueen asukkaiden mahdollisuutta saada yhdenvertaisia palveluja.

Säännöksessä olisi myös valtioneuvostolle asetuksenantovaltuus järjestämssopimuksen tarkemmasta sisällöstä ja sopimuksen tekemisestä.

4 momentti. Erikoissairaanhoidon järjestämssopimus hyväksyttäisiin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien ja terveystieteiden kuntalain tarkoittamassa toimielimessä. Jos osapuolet eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos sopimus ei täytä 2 momentissa tarkoitettuja edellytyksiä, voi valtioneuvosto määrätä sopimuksen sisäl-

löstä.

Säännös myös estäisi ns. kuntakohtaisten jonojen muodostumisen ja siten lisäisi potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa ja estäisi potilaiden siirtelyä erilaisissa jonoissa tai potilaiden väliinpuotoamisen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen.

Vaikka ensihoitopalvelu katsotaan osaksi vaativaa erikoissairaanhoitoa, voisi kunta, jossa järjestetään ympärivuorokautista ensihoitolääkäripäivystystä sairaanhoitopiiriin suostumuksella, vastata myös ensihoitopalvelujen järjestämisestä.

13 §. Palvelujen tuottaminen. 1 momentti. Kunta voisi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät paitsi hoitamalla toiminnan itse, myös sopimuksin yhdessä muun kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveystieteiden tai sairaanhoitopiiriin kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Hoitaessaan terveydenhuollon tehtävät itse kunta sekä järjestää että tuottaa palvelut asukkaalleen. Hankkiessaan terveydenhuollon palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai antaessaan palvelunkäyttäjälle palvelusetelin kunta rahoitaisi palvelujen hankinnan toiminnan järjestäjänä, mutta terveydenhuollon palvelut tuotaisi taho, jolta palvelut hankitaan.

Nykyisen STVOL:n 4 §:n 2 momentin perusteella kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon tai terveydenhuollon tehtäviä hoitava kuntayhtymä voi kunnan tavoin järjestää tehtävät hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kuntayhtymiin sovelletaan kuntalain 86 §:n nojalla myös kuntalain 2 §:n 3 momenttia, jonka perusteella kuntayhtymän tehtävien hoitamisessa tarvittavat palvelut voidaan hankkia muilta palvelujen tuottajilta, joko

julkisyhteisöltä tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kuntayhtymä ei kuitenkaan voisi siirtää kuntien puolesta sen hoidettavana olevia viranomaisvastuulla suoritettavia tehtäviä, kuten yksilökohtaista päätöksentekoa, toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle, jollei siitä ole erikseen sovittu kuntayhtymän perussopimuksessa.

2 momentti. Hankittaessa terveystoimintaa palveluja muualta pitää palvelujen ja toiminnan olla lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti asianmukaisia. Palvelujen pitää olla näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvia. Toiminnan pitää olla laadukasta ja potilaalle turvallista.

14 §. Terveystoiminnan palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottaminen. Palvelujen järjestämisen ja tuottaminen voidaan erottaa toisistaan ns. tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti. Tilaaja-tuottajamallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon organisoimista siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaaja-tuottajamalli voi olla myös julkisen organisaation sisäinen ohjausmalli, jonka ydin on tilaajan ja tuottajan roolien selkeä erottaminen ja johdonmukainen soveltaminen roolien ja toimivallan järjestämisessä ja toiminnan ja talouden ohjauksessa. Tilaajana toimii julkinen taho ja tuottajana voi toimia julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja tai kolmas sektori. Tärkeimpänä perusteena tilaajan ja tuottajan erottamiselle voidaan pitää kilpailun synnyttämistä sekä julkisten ja yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismien avulla pyrkiä lisäämään tehokkuutta. Saatujen kokemusten perusteella tilaajan ja tuottajan erottaminen ja siitä hyötyjen saaminen edellyttävät palvelujen tuotteistamista, kehittyneitä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, laadun valvontaa sekä organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistamista.

15 §. Sosiaali- ja terveystoiminnan yhteistyö. Suhteessa sosiaalihuoltoon esityksen tavoitteena on perusterveydenhuollon vahvistamisen ohella hallitusohjelman mukaisesti varmistaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteutuminen eli varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mah-

dollistettava voimavarojen tehokas käyttö.

Tavoitteena on tehostamalla kuntien yhteistoimintaa sosiaali- ja terveystoiminnan järjestämisessä ja tuottamisessa parantaa toiminnan tuottavuutta, aikaansaada nykyistä asiakaslähtöisempi palvelukokonaisuus sekä mahdollistaa tietoteknologian tehokas hyödyntäminen.

Tavoitteena on luoda saumattomia hoito- ja palvelukokonaisuuksia sosiaali- ja terveystoimintaa nykyistä tiiviimmin yhteen soveltamalla ja raja-aitoja poistamalla tai madaltamalla. Tavoitteena on myös mahdollisimman pitkälti yhdenmukaistaa hallinnolliset rakenteet ja menettelyt palveluja ja toimintatapoja organisoitaessa.

16 §. Terveystoiminnan toimintaedellytykset. 1 momentti. Terveystoiminnan (kansanterveytyö, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) tehtävissä pitäisi olla riittävästi terveystoiminnan ammatillista henkilöstöä. Terveystoiminnan toimintayksiköissä tulisi vastaavan lääkärin lisäksi ottaa huomioon myös muita terveystoiminnan ammattihenkilöitä varten järjestetty ohjaus ja kehittäminen. Hoitohenkilöstön kehittäminen, koulutus - ja tutkimustoimintaa ohjaisi, kehittäisi ja johtaisi hoitotyön ammattilainen, johtava hoitaja. Myös hoitohenkilöstön täydennyskoulutus ja hoitoalan opiskelijoiden harjoittelun järjestäminen kuuluisi johtavalle hoitajalle.

Ympäristöterveydenhuollon toimintaa ohjaa ja kehittää alansa asiantuntija 33 §:n mukaisesti.

2 momentti. Terveystoiminnan palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja asianmukaiseksi hoitamiseksi pitäisi erityisesti terveystoiminnan henkilöstörakenteen ja henkilöstön määrän olla sellainen, että palvelut olisi mahdollista järjestää kunnassa, yhteistoiminta-alueella tai kuntayhtymässä oleva terveystoiminnan palvelujen tarvetta vastaavasti.

3 momentti. Terveystoiminnan palvelujen toteuttamiseksi pitäisi kunnalla, yhteistoiminta-alueella tai kuntayhtymällä olla käytettävissä asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Kansanterveytyksen yhteistyösuunnitelmassa tai erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa voitaisiin sopia toimitilojen paikoista, käytöstä ja työnjaosta.

17 §. Terveystoiminnan ja hyvinvoinnin edistämi-

nen. 1 momentti. Lakiin ehdotetaan sisällytettäväksi terveyden edistämistä koskeva yleissäännös, jolla vahvistettaisiin terveyttä edistävää työtä. Vuonna 2006 kansanterveyslakiin tehdyn uudistuksen tavoitteena oli myös terveyttä edistävän työn tukeminen. Lakiin tarkennettiin kunnan roolia terveyden edistämisessä. Kunta velvoitettiin seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa väestöryhmittäin ja ottamaan terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Lisäksi edellytettiin yhteistyötä kaikkien kunnassa toimivien tahojen kanssa. Tarkoituksena oli varmistaa terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan riittävä toteutuminen ja edistää sen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Tätä työtä tukemaan valmistui myös terveyden edistämisen laatusuositus vuoden 2006 syksyllä. Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on tukea terveyttä ja hyvinvointia yhteiskuntapolitiikan eri keinoin.

Terveyspolitiikan keskeinen tavoite on terveellisten elämäntapojen edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Merkittävä osa kansansairauksista on ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Poikkihallinnollisen ja alueellisen yhteistyön lisääminen kuntien eri toimialojen sekä kansalaisjärjestöjen, koulutuksen ja elinkeinoelämän kanssa on avainasemassa.

Terveyden edistämisen vahvistamiselle kunnissa on vankat taloudelliset perustelut. Mikäli laaja-alainen ja pitkäjänteinen terveyden edistäminen, sen edellytysten luominen, varhainen puuttuminen ja ennalta ehkäisy lyödään laimin tai resursoidaan riittämättömästi, kasvavien kansansairauksien ja niiden hoidon kustannustaakka kasvaa. Terveyden edistämisen toimenpidekokonaisuus tulee nähdä kunnissa tuottavana investointina, jonka hyödyt eivät välttämättä realisoidu lyhyellä tähtäimellä, mutta näkyvät pidemmän tarkastelun kuluessa.

Pykälän 1 momenttiin sisältyy kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvitysvelvoite sekä terveysnäkökohtien ottaminen huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Terveyden edistämisen poikkihallinnollisuus ja –sektoraalisuus

on kansanterveyden edistämisen lähtökohta ja terveyden edistäminen olisi kytkettävä osaksi kunnan johtamisjärjestelmää. Terveystä edistäviä päätöksiä tehdään sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohella myös muun muassa kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuksessa, liikennesuunnittelussa sekä koulutuksessa ja työelämässä. Säännöksen tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nostettaisiin kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi.

Pykälän 2 momenttiin sisältyy velvoite laatia suunnitelma kuntalaisten terveyttä edistävistä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Velvoite koskisi yksittäistä kuntaa tai useamman kunnan yhteistoiminta-alueita tai terveystoimintaa. Suunnitelma voidaan laatia osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä ja se tulisi hyväksyä kunnanvaltuustossa ja tarkistaa vähintään kerran neljässä vuodessa. Suunnitelman toteutus tulee kytkeä osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua ja päätöksentekoa. Suunnitelman seuranta tulee kytkeä osaksi kunnan kokonaisvaltaisia arviointi- ja seuranta-järjestelmiä. Suunnittelussa ja seurannassa käytettävän hyvinvointitietojärjestelmän tulee sisältää tietoa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan lisäksi palvelujen toimivuudesta, eri hallinnonalojen henkilöstövoimavaroista ja toiminnan vaikuttavuudesta kunta-, yhteistoiminta- ja kuntayhtymien alueella.

3 momenttiin sisältyy velvoite sekä poikkihallinnollisesta yhteistyöstä että yhteistyöstä terveyden edistämisessä muiden viranomaisien sekä terveyden edistämisen palveluja tuottavien yhteisöjen ja laitosten välillä. Yhteistyövelvoite koskee myös yhteistoiminta-alueiden ja peruskunnan muiden hallinnonalojen yhteistyötä. Velvoitteen toteutuminen edellyttää kuntien ja kuntayhtymien johdon sitoutumista ja osallistumista terveyden edistämisen edellytysten luomiseen ja huomioon ottamiseen kaikessa päätöksenteossa.

18 §. Yhtenäiset lääketieteelliset tai hammaslääketieteelliset hoidon perusteet. Säännös vastaa sisällöltään nykyisen erikoissairaanhoitolain vastaavaa säännöstä.

19 §. Laatu ja potilasturvallisuus. Potilas-

turvallisuutta voidaan parantaa analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita sekä ottamalla oppia poikkeamista.

Potilasturvallisuuden edistämiseksi on kehitetty erilaisia turvallisuustyökaluja ja -järjestelmiä, kuten lääkehoitosuunnitelma, malli turvallisesta hoitoyksiköstä, lääkehoidon kokonaisarviointi, haittatapahtumien raportointi- ja analysointijärjestelmä sairaalaympäristöön (HaiPro) ja hoitoilmoitusrekisteri (HILMO).

1 momentti. Potilasturvallisuuden edistäminen on 2000-luvulla tullut maailmanlaajuisesti potilasturvallisuusliikkeeksi. Toimijoina on terveystieteellisiä päättäjiä ja vaikuttajia, terveydenhuollon ammattilaisia, tutkijoita ja potilasjärjestöjä. Potilasturvallisuus on myös EU:n komissiossa ja Euroopan neuvostossa käsiteltävänä asiana. Maailman terveysjärjestö WHO on käynnistänyt potilasturvallisuuden maailmanliiton ”World Alliance for Patient Safety”. Lisäksi OECD:n ja Pohjoismaiden ministerineuvoston laaturyhmät kehittävät potilasturvallisuuden seurantaindikaattoreita.

Hoitokäytäntöjä ohjataan arvioituun tutkimustietoon perustuvilla kansallisilla hoitosuosituksilla ns. käypä hoito-suosituksilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön on luotu myös konkreettisia työkaluja haittatapahtumien ehkäisyyn.

Esimerkkejä näistä ovat lääkehoitosuunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) ja opas verensiirroista (Suomen Kuntaliitto 2006) sekä malli hoitoyksiköiden riskienhallintaan.

2 momentti. Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu poikkeamia ja virheitä sekä niiden seurauksena usein haittoja potilaille. Poikkeamien ja virheiden taustalla on usein järjestelmään ja toimintaprosesseihin liittyviä heikkouksia. Potilaalle koituvista haitoista valtaosa olisi estettävissä. Näin ollen terveydenhuollon toimintayksiköissä johdon ja henkilöstön tulisi sitoutua potilasturvallisuuden edistämiseen kehittämällä toimintaa turvallisemmaksi ja varmistamalla henkilöstön osaaminen. Potilasturvallisuus tulisi ottaa osaksi laadunhallinta- ja seurantajärjestelmiä. Laatujärjestelmään sisältyisi potilasturvallisuusohjelma. Siinä

määriteltäisiin potilasturvallisuuden vastuunjako ja organisointi selkeästi. Potilasturvallisuusohjelmassa olisi haittatapahtumien ehkäisyä arvioitu ennakoon. Sen pohjalta toimintayksiköt voisivat laatia käytännön ohjeita laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Tarkempia säännöksiä laatujärjestelmän ja potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä ja sen toimeenpanosta ja seurannasta annettaisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

20 §. *Terveydenhuoltopalvelujen kieli.* Säännös on sisällöltään nykyisen kansanterveyslain 28 §:n 1 – 2 momentin ja erikoissairaanhoitolain 33 a §:n 1 – 2 momentin mukainen.

21 §. *Pohjoismaiden kansalaisten terveydenhuoltopalvelujen kieli.* Säännös on sisällöltään nykyisen kansanterveyslain 28 §:n 3 momentin ja erikoissairaanhoitolain 33 a §:n 3 momentin mukainen.

22 §. *Saamelaisien kielelliset oikeudet.* Viittausäännöstä on pidettävä tarpeellisenä, sillä saamenkielisten kielelliset oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat toteutuneet puutteellisesti. Myös Suomen ratifioiman vähemmistökieliperuskirjan täytäntöönpanoa valvova Euroopan neuvoston ministerikomitea on kiinnittänyt tähän huomiota. Oikeudesta käyttää saamen kieltä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastilanteissa on turvattu jo saamen kielilain 4 ja 12 §:n perusteella. Saamen kielilain 4 §:n nojalla saamelaisella on oikeus omassa asiassaan tai asiassa, jossa häntä kuullaan, käyttää saamen kielilaissa (1086/2003) tarkoitettussa viranomaisessa saamen kieltä. Viranomainen ei saa rajoittaa tai kieltäytyä toteuttamasta kielellisiä oikeuksia sillä perusteella, että saamelainen osaa myös muuta kieltä, kuten suomea tai ruotsia. Saamelaisien kotiseutualueella sovelletaan saamen kielilain 3 luvun yksityiskohtaisia säännöksiä. Saamen kielilain 4 luvussa säädetään oikeudesta tulkkaukseen.

23 §. *Täydennyskoulutusvelvoite.* Säännös vastaa sisällöltään nykyisen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säännöksiä. Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin tehdyt täydennyskoulutusta koskevat lainmuutokset sekä sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon henkilöstön täydennyskou-

lutusta koskeva asetus (1194/2003, täydennyskoulutusasetus).

Kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla.

Täydennyskoulutusasetus koskee koulutuksen sisältöä, laatua, määrää, järjestämistä, seuranta ja arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriö on lisäksi antanut täydennyskoulutuksen valtakunnalliset suositukset terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3). Niitä voidaan soveltaa myös yksityisessä terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa.

24 §. Potilastietojen käsittely. Käytännössä julkisen sektorin terveydenhuollossa on kyse yhdestä toiminnallisesta kokonaisuudesta, joka koostuu perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon kokonaisuudesta. Potilaan hoito alkaa usein perusterveydenhuollon käynnillä, jossa potilaalla todetaan sairaus (tai sairauksia), jonka hoidon tietyssä vaiheessa tarvitaan usein erikoisosaamista, johon erikoissairaanhoidossa ollaan koulutuksen ja kokemuksen sekä toiminnan järjestämisen ja toteutuksen osalta varustauduttu. Toisaalta potilaan hoito voi alkaa suoraan myös erikoissairaanhoidosta esimerkiksi päivystyskäyntinä tai sairaankuljetuksen tapahutmana, jolloin on välttämätöntä saada potilaasta hoitotietoja perusterveydenhuollosta, jotta potilasturvallisuus voidaan mahdollisimman hyvin turvata.

Kun hoidon toteuttaa julkinen sektori, on aina kyse kokonaisuudesta, jossa hoitoon osallistuvilla henkilöillä on omat roolinsa, olivatpa he perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluksessa. Tähän julkisen sektorin toteuttamaan hoitoon osallistuvilla on tarve saada käyttöönsä potilaan hoitoon liittyvät potilastiedot sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta hallinnollisista rajoista riippumatta. Tästä syystä pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että sairaanhoitopiirin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

potilasasiakirjat muodostavat yhden terveydenhuollon potilastietorekisterin.

Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdan mukaan rekisterinpitäjällä tarkoitetaan yhtä tai useampaa henkilöä, yhteisöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty. Henkilötietolaki mahdollistaa siten henkilörekisterin, jolla on useampi rekisterinpitäjä. Olennaista rekisterinpidon osalta on rekisterin käyttötarkoitus. Ehdotetussa terveydenhuollon yhteisrekisterissä potilastietojen käyttötarkoitus ei poikkea eri rekisterinpitäjillä toisistaan. Kaikilla rekisterinpitäjillä on rekisterin sisältämillä tiedoilla yhteinen käyttötarkoitus, potilaan hoito. Ehdotetun sääntelyn nojalla muodostettaisiin siten yhteisrekisteri, joka koostuisi sairaanhoitopiiriin alueen kuntien perusterveydenhuollon sekä sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon potilasrekisterien tiedoista. Työterveyshuollon potilastiedot eivät kuuluisi yhteisrekisterin piiriin.

Henkilötietolain edellä mainitun kohdan mukaan rekisterinpidosta voidaan säätää erikseen lailla. Pykälän 2 momentissa säädettäisiin, että terveydenhuollon potilasasiakirjarekisterin rekisterinpitäjänä ovat ne terveydenhuollon palvelujen antajat, jotka ovat järjestämisvastuussa kyseisen kunnan asukkaiden terveydenhuoltoon kuuluvasta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Muodostuvan yhteisrekisterin rekisterinpitäjiä olisivat siten sairaanhoitopiiri ja siihen kuuluvat kunnat yhdessä. Kukin rekisterinpitäjä vastaisi edelleen omalta osaltaan potilaiden tietojen kirjaamisesta ja säilyttämisestä sekä potilastietojen käsittelystä. Kunkin yhteisrekisterin rekisterinpitäjän potilastiedot muodostaisivat loogisen potilasrekisterin valtakunnallisessa arkistointipalvelussa.

Terveyspiirien alueella terveyspiiri vastaa sekä alueen kuntien asukkaiden perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Näin ollen terveyspiirien kuntalaisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastiedot kuuluvat saman rekisterinpitäjän (terveyspiirin) potilasrekisteriin jo järjestämisvastuun perusteella ilman nimenomaista sääntelyä. Tästä syystä pykälän 1 momentissa säädettäisiin vain sairaanhoitopiiriin alueel-

la muodostuvasta yhteisrekisteristä.

Lisäksi 2 momentissa säädettäisiin, että sairaanhoitopiiri vastaa rekisterinpidon ja potilastietorekisterin käytön valvonnan koordinoitavista alueellaan. Sairaanhoitopiirien alueilla eri kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on tällä hetkellä käytössään useita eri potilastietojärjestelmiä, joiden toiminnallisuus ja tekniset ominaisuudet poikkeavat jossain määrin toisistaan. Tästä syystä yhteisen rekisterin alueella tarvittaisiin koordinaatiota eräissä sähköiseen tiedonhallintaan liittyvissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi käyttöoikeushallinnassa, jotta yhteisen rekisterin lainmukainen ja mahdollisimman sujuva käyttö voidaan turvata.

Kun rekisteröitävien ja rekisterin käyttäjien määrä kasvaa, nousee tietoturvariskeistä käytön valvonta keskeiseen asemaan. Jokainen yhteisrekisterin käyttäjäorganisaatio olisi edelleen vastuussa oman henkilökuntansa osalta potilastietojen käytön valvonnasta. Kun yhteisrekisteriä käytettäisiin alueella yli hallinnollisten organisaatiorajojen, tulee rekisterin käyttöä valvoa myös siten, että käyttöoikeuksia ja potilastietojen käyttöä tarkastellaan yli organisaatiorajojen. Sairaanhoitopiirien tehtävänä olisi siten vastata myös yhteisrekisterin käytön valvonnan koordinaatiosta. Yhteisrekisterin rekisterinpitäjien tulee sairaanhoitopiiriin johdolla toteuttaa rekisterin käyttöoikeuksien toteutus ja käytön valvonta siten, että valvonta on tosiasiallista ja riittävän tehokasta.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tehtävänä on jo nykyisen erikoissairaanhoitolain 10 §:n 4 momentin mukaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

Yhteisrekisterin tiedot olisivat rekisterinpitäjien käytössä salassapitosäännösten estämättä. Yhteisrekisterin käyttö tapahtuisi siten kaikkien yhteisrekisterin rekisterinpitäjien osalta ilman potilaan erillistä suostumusta. Selvyyden vuoksi pykälän 3 momenttiin otettaisiin tästä nimenomainen säännös.

Nykyisessä erikoissairaanhoitolain 10 b §:ssä säädetään sairaanhoitopiiriin oikeudesta tallettaa sairaanhoitopiiriin alueen terveyskeskuksille, sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän muille toimintayksiköille tai kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa

(519/1977) tarkoitetuille erityishuoltopiiriin kuntayhtymän toimintayksiköille tuottamis- saan laboratorio- tai röntgenpalveluissa, lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa tai muissa vastaavissa erityispalveluissa syntyvät tiedot omaan vastaavia tietoja sisältävään rekisteriinsä sekä käyttää tietoja potilaidensa hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Lisäksi pykälässä säädetään palveluja tilaavan ja palveluja tuottavan toimintayksikön oikeudesta luovuttaa toisilleen tietoja salassapitosäännösten estämättä. Ehdotettua yhteisrekisteriä koskeva sääntely poistaa vastaavan sääntelyn tarpeen terveydenhuollon osalta. Jatkossa sosiaalihuollon lainsäädännön uudistustyön yhteydessä tulisi pohtia pykälän mukainen tietojen kirjaamisen ja luovutuksen tarve sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yksiköiden välillä.

25 §. Kunnan vastaava toimielin. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 6 §:ä.

26 §. Toimielimen tiedonsaantioikeus. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 11 §:ä.

27 §. Tarkastusoikeus. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 12 §:ä.

3 luku.

Lähipalvelut

28 § Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. 1 momentti. Vuosina 2006 ja 2007 valtion talousarvioissa on lisäyksenä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määrärahan mitoituksessa huomioitu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset. Toistaiseksi kuntien valtionosuusmäärärahassa on 2 miljoonaa euroa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin osoitettu lisävaltionosuus maksetaan kunnille osana terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia siten, että 7-64 -vuotiaiden valtionosuuden kustannuspohjaan sisältyy laskennallisia kustannuksia noin 1,50 €/ikäryhmään kuuluva asukas.

Vuosina 2006 ja 2007 sosiaali- ja terveysministeriöstä lähetettiin kuntiin määrärahan käyttöä ohjaavat kirjeet, joissa korostetaan, että kunnissa tulee käynnistää systemaattinen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollon on toi-

mittava suunnitelmallisesti työttömien terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja palauttamiseksi. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa tulee tehostaa yhteistoiminnassa työvoiman palvelukeskusten tai työvoimatoimiston kanssa. Erityisesti pitkään työttöminä olleilla on runsaasti sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Syrjäytymiskehityksen seurauksena osa työttömistä ei oma-aloitteisesti hakeudu terveyspalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii viranomaisyhteistyötä. Pitkäaikaistyöttömän terveydentilan ongelmat ja työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa esteenä myös työllistymiselle ja uhkana syrjäytymiselle.

Työttömien terveyskysymys kytkeytyy väestöryhmien välisiin terveyseroihin, jotka ovat maassamme viime vuosina kasvaneet. Pitkäaikaistyttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön terveyspalvelujen saannissa, sillä he ovat työterveyshuoltoon liittyvien terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella. Heitä ei työikäiselle väestölle tarkoitettu työterveyshuollon palvelujärjestelmä tavoita, vaan he tarvitsevat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja työ ja toimintakuntonsa ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon. Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) tavoitteet ja toimenpiteet tukevat pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistämistä.

Vuosien 2007 ja 2008 valtion talousarviossa on lisäksi hankerahoitusta pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Hanke käynnistyi vuoden 2007 keväällä, ja sitä toteutetaan yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskuksen (Stakes), Kansaneläkelaitoksen, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen, työvoiman palvelukeskusten (TYP) ja kuntien kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt sopimuksen Stakesin kanssa, että se vastaa hankekokonaisuuden hallinnosta sekä valittavien paikallisten ja seudullisten hankkeiden talouden ja sisällön koordinoinnista ja arviointitutkimuksesta. Hankekokonaisuuden tavoitteena on luoda pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon sellaisia toimintamalleja,

joilla voidaan tukea työelämän ulkopuolella olevia työhön hakeutumisessa. Hankkeen aikana luotuja toimintamalleja ja lupaavia käytäntöjä tullaan levittämään kaikille toimijoille avoimen valtakunnallisen kehittämisverkoston kautta. Valtakunnalliseen kehittämisverkostoon voivat ilmoittautua työvoiman palvelukeskukset, kunnat, terveyskeskukset ja muut toimijat, jotka haluavat seurata hankkeen toteutusta ja osallistua kehittämisdialogiin.

2 momentti. Tupakointi, ravitsemusvirheet, liikunnan vähäisyys ja alkoholin liikakäyttö selittävät väestön sairastavuudesta ja ennenaikaisesta kuolleisuudesta 60-70 prosenttia. Kaikkiin voidaan vaikuttaa sekä yksilöllisen terveysneuvonnan ja seurantatarkastusten että yhteiskunnan eri sektoreiden terveyttä edistävien toimien avulla.

Väestön ikääntyessä on välttämätöntä lisätä ja tehostaa terveyden edistämistoimia sekä poikkisektoraalisesti eri hallinnonalojen yhteistyönä että sosiaali- ja terveydenhuollossa sen kaikilla tasoilla. Terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä on vielä paljon käyttämättömiä mahdollisuuksia. Väestöryhmien välillä on suuria terveyseroja. Asiantuntijat ovat arvioineet, että Suomen väestössä monien sairauksien riskiä voidaan todennäköisesti alentaa korkeasti koulutetun väestön tasolle, jolloin vähentämispotentiaali olisi 20-40 prosenttia nykyisestä sairastavuudesta. Monet terveyden edistämisen toimet ovat erittäin kustannusvaikuttavia. Osa niistä todennäköisesti myös säästää kustannuksia pitkällä aikavälillä. Monien terveyden edistämisen interventioiden kustannukset laatu-painotettua elinvuotta kohden ovat vain murto-osa sairauksien hoitotoimenpiteiden vastaavista kustannuksista.

Tyypin 2 diabetes eli ns. aikuisiän sokeritauti on yleistynyt voimakkaasti. Diabetes on kallein kansantautimme, vuotuisten kustannusten arvioidaan olevan 505 miljoonaa euroa. Mikäli kehityssuunta jatkuu, on Suomessa nykyiseen verrattuna kaksinkertainen määrä diabetesta sairastavia vuonna 2030. Diabeteksen ehkäisyn tehokkuus ja vaikuttavuus on vakuuttavasti osoitettu suomalaisilla tutkimuksilla, joissa on motivoitu riskiryhmiin kuuluvia parantamaan ruokatottumuksia, lisäämään liikuntaa ja lopettamaan tupaa-

kointi. Lihavuus on tärkein yksittäinen riskitekijä sairauden synnylle. Myös sepelvaltimotaudeista ja aivoverenkierron häiriöistä merkittävä/suurin osa voitaisiin estää samoilla elintapamuutoksilla. Nämä elintapamuutokset voidaan saada aikaan motivoimalla riskiryhmään kuuluvia perusterveydenhuollon terveysneuvonnan ja terveystarkastusten avulla sekä mahdollistamalla terveellisiä elintapavalintoja ympäristön ja yhteiskunnan toimilla.

Yleislääkärin vastaanotolla ja yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa annettavaa terveysneuvontaa tulee tehostaa. Tupakoinnin lopettamisintervention hyödystä yleislääkärin vastaanotolla on hyvää näyttöä. On myös osoitettu, että lyhytkestoisella yksilöllisellä neuvonnalla perusterveydenhuollossa voidaan vähentää alkoholin käyttöä 10-30 prosenttia. Perusterveydenhuollon käytössä on hyvä työväline, AUDIT-mittari, jonka käyttöä tulee lisätä kaikissa palvelukontakteissa.

Tehokas tapaturmien ehkäisy tarjoaa kunnille merkittävän mahdollisuuden vähentää terveydenhuollon kuormitusta. Esimerkiksi koti- ja vapaa-ajan tapaturmista arvioidaan aiheutuvan noin neljän miljardin euron kustannukset vuodessa. Vanhusväestön kaatumisia ja murtumia on tutkimusten mukaan voitu vähentää 15-35 prosenttia neuvonnalla, kodin riskien ja vanhuksen lääkityksen tarkastuksilla, lihasvoima- ja tasapainoharjoituksilla sekä kodin muutostöillä.

Terveysneuvonnan tulee soveltuvin osin sisältää kaikkiin terveydenhuollon käynteihin. Suunnattuja terveystarkastuksia voidaan neuvola-, kouluterveyden- ja opiskeluterveydenhuollon lisäksi järjestää myös muiden palvelujen yhteyteen erityisille kohderyhmille, joiden terveystilanne ja sairausriskit ilman tehostettua neuvontaa ja seurantaa todennäköisesti pahenevat aiheuttaen merkittävää kuormitusta sekä yksilöille itselleen että palvelujärjestelmälle.

Säännöllisen liikunnan edistäminen on tärkeää koko väestössä ja kaikissa elämänvaiheissa. Liikunta lisää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. Säännöllinen liikunta vähentää ennen aikaista kuolleisuutta ja erityisesti sepelvaltimotaudin, kohonneen verenpaineen, paksunsuolen syövän ja aikuisiän diabeteksen esiintymistä.

Säännöllinen liikunta on tärkeää lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta edistää myös mielenterveyttä ja on tärkeää luuston, lihaksiston ja nivelten terveydelle. Iäkkäillä ihmisillä korostuvat liikunnan terveysvaikutukset toimintakykyyn, itsenäiseen selviytymiseen ja siten myös elämänlaatuun.

Terveydenhuollolla on erinomaiset mahdollisuudet edistää väestön liikuntaa, koska palvelujärjestelmä tavoittaa käytännössä koko väestön. Terveydenhuollossa liikunnan edistäminen toteutuu sekä väestölle suunnattuna terveysviestintänä että yksilöiden ja ryhmien neuvontana ja ohjauksena. Viime vuosina on kokeiltu erilaisia toimintamalleja, kuten liikkumisreseptiä, liikuntaneuvonnan tehostamiseksi terveydenhuollossa. Liikkumisresepti on tarkoitettu lääkäreiden vastaanotolle työkaluksi helpottamaan liikuntaneuvonnan toteuttamista. Lääkärin toteuttaman liikuntaneuvonnan on todettu lisäävän neuvonnan kattavuutta ja vahvistavan muiden ammattiryhmien viestiä. Suunnitelmallinen liikuntaneuvonta on erityisen tärkeää niille asiakkaille, jotka liikkuvat vähän ja joille liikunnalla on erityinen sairastumisvaaraa vähentävä tai sairauden hoitoa tai kuntoutusta edistävä merkitys.

Perusterveydenhuolto edistää liikuntaa myös vaikuttamalla liikunnan toteutumisen edellytyksiin, toimimalla yhteistyössä eri tahojen kanssa ja osallistumalla terveyden edistämisen hankkeisiin. Terveydenhuollon on tehtävä tiivistä yhteistyötä etenkin liikuntatoimen, liikunta- ja kansanterveysjärjestöjen ja liikunta-alan yrittäjien kanssa palveluketjun toimivuuden takaamiseksi.

Terveellinen ruoka on hyvinvoinnin perustekijä. Epäterveelliset ruokatottumukset lisäävät merkittävästi useimpien kansansairauksiemme kuten sydän- ja verisuonitautien, 2 tyypin diabeteksen, useiden syöpämuotojen sekä hammaskarieksen riskiä. Erityisesti ylipainoisuus ja lihavuus on kasvava kansanterveysongelma, johon liittyvät liittänsairaudet ja terveysongelmat ovat kasvaneet nopeasti parin viimeisen vuosikymmenen aikana.

Ravitsemusneuvontaa tulee olla tarpeen mukaan saatavilla kaikissa elämänvaiheissa äitiysneuvolasta vanhustenhuoltoon. Koska jo varhainen ravitsemus on yhteydessä myöhempään terveyteen ja monet ruokatottumuk-

set muotoutuvat lapsuudessa tulee ravitsemusneuvonnan olla keskeinen osa neuvola- ja kouluterveydenhuoltoa. Myös aikuisiällä voidaan ruokatottumuksiin vaikuttamalla parantaa väestön terveyttä ja hillitä terveydenhuollon kustannuksia. Ravitsemusneuvonnalla voidaan vähentää veren kolesterolipitoisuutta ja verenpainetta sekä pienentää riskiä sairastua sydän ja verisuonitauteihin. Ravitsemusinterventiolla voidaan edesauttaa laihutumista ja pienentää merkittävästi riskiryhmien sairastumista tyyppin 2 diabetekseen. Selvästi kustannusvaikuttavaa on muun muassa painonhallintaan sekä rasvojen laatuun ja määrään liittyvä ravitsemusneuvonta. Kasvavalla vanhusväestöllä erilaiset ravitsemusongelmat ovat erittäin yleisiä. Erityisesti vanhainkodeissa ja hoitolaitoksissa vajaaravitseminen ja virheravitseminen ovat yleisiä. On arvioitu, että ravitsemustila on hyvä vain alle viidesosalla laitoksissa asuvista vanhuksista.

Pykälään sisältyy säännös ehkäisyneuvontapalvelujen järjestämisestä. Säännös on sama kuin nykyisessä kansanterveyslaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön uuden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimitaohjelman mukaan ehkäisyneuvonta on osa seksuaaliterveyden edistämistä. Ohjelman mukaan ehkäisyneuvontaa ja sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisyä ja vähentämistä on tarpeen tehostaa etenkin nuorilla. Seksuaaliterveysneuvonta on liitettävä kaikkiin terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin, sillä epäasiallinen tieto, monien kansansairauksien vaikutukset seksuaaliterveyteen ja väestön ikääntyminen ovat lisänneet väestön neuvonnan tarvetta. Neuvontapalveluja tarvitsevat myös miehet ja monet erityisryhmiin kuuluvat. Lisäksi on tehostettava seksuaalisen väkivallan ehkäisyä ja varhaista tunnistamista.

29 §. Neuvolapalvelut. Pykälässä säädettäisiin äitiys- ja lastenneuvolatyön keskeisestä sisällöstä samaan tapaan kuin koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta on tähän asti tehty. Säännöksellä halutaan korostaa ehkäisevän työn aloittamisen tärkeyttä jo lasta odottaessa, sillä odotusaika ja varhaislapsuus muodostavat lapsen kasvun ja kehityksen, tottumusten muotoutumisen ja monien pulmien ehkäisyn kannalta ratkaisevan vaiheen. Lisäksi sillä halutaan vahvistaa koko ikäluokat kattavien ehkäisevien terveyspalvelujen

asemaa ja tehostaa niiden toteuttamista. Terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan mahdollisuudet ovat neuvoloissa hyvät, sillä käytännössä lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet käyttävät niitä. Sairauksien ja kehityksellisten häiriöiden varhainen toteaminen ja hoitoon ohjaus ehkäisevät pysyvien vaurioiden syntymistä. Neuvolassa käytettyjen menetelmien vaikutusta kehitetään jatkuvasti uuden tutkimustiedon ja kehittämistyön myötä. Neuvolapalvelujen suunnitelmalliseksi, yhtenäiseksi ja väestön tarpeet huomioon ottavaksi toteuttamiseksi on valmisteilla asetus terveys-tarkastusten ja terveysneuvonnan sisällöstä ja määrästä.

Lapsen kasvun ja kehityksen seuraaminen ja edistäminen edellyttää systemaattisten ja luotettaviksi osoitettujen työvälineiden käyttöä ja lapsen psykososiaalisen kehityksen tukemista fyysisen lisäksi. Neuvolassa on tuettava vanhempien hyvinvointia, vanhemmuuden taitoja mukaan lukien lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus, sekä parisuhdetta, koska ne ovat keskeisiä lapsen terveyttä ja hyvinvointia määrittäviä tekijöitä. Elintapaneuvonnan vaikutuksista lasten ja perheiden tottumuksiin kertyy jatkuvasti uutta näyttöä.

Pykälässä säädettäisiin erityistukea tai tukimuksia tarvitsevien lasten ja perheiden varhaisesta tunnistamisesta, tukemisesta ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai hoitoon ohjaamisesta. Varhaisella tunnistamisella ja hyvin ajoitetuilla tukitoimenpiteillä voidaan ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja usein myös vähentää lastensuojelullisten toimenpiteiden tarvetta. Palvelujen kohdentamista tarvitaan myös lapsiperheiden terveyserojen kaventamiseksi. Perheiden tukemisessa tarvitaan suunnitelmallista ja synergiaetuja antavaa yhteistyötä kunnan tai terveyspiirin alueella lapsiperhetyötä tekevien kesken. Tätä tarkoitusta varten kehitteillä on erilaisia perhepalvelumalleja. Neuvolapalvelujen kehittäminen edellyttää riittävää määrää osaavia työntekijöitä.

30 §. Kouluterveydenhuolto. Pykälä on pääosin voimassa olevan kansanterveyslain mukainen. Momentit on koottu kansanterveyslain eri kohdista aikaisempaa tekstiä tiivistäen. Vain 1 momentin viimeinen lause on

uusi. Siinä ehdotetaan, että oppilaan työharjoitteluajan terveydenhuolto sisältyy kouluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhuollossa tulee selvittää oppilaan terveystarkastustarve ennen työharjoittelujaksoa etenkin erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Lisäksi työpaikan kannalta on selkeintä, että mahdollisesta tarkastusvelvollisuudesta sovitaan kouluterveydenhuollon ja työterveyshuollon kesken.

31 §. Opiskeluterveydenhuolto Pykälä on voimassa olevan kansanterveyslain mukainen. Momentit on koottu kansanterveyslain eri kohdista. Opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on ylläpitää ja parantaa opiskelijoiden hyvinvointia edistämällä opiskeluympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, edistämällä opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä ja järjestämällä terveyden- ja sairaanhoitopalveluja opiskelijoille. Lisäksi opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen. Terveellinen ja turvallinen työ- ja opiskeluympäristö muodostuu hyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista olosuhteista, jotka luovat edellytykset koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnille, työ- ja opiskelukyvyn säilyttämiselle sekä tulokselliselle oppimiselle. Oppilaitosten työ- ja opiskeluajan hyvinvointia tukevan kulttuurin syntymistä on tärkeää tukea ja edistää myös siksi, että opiskelijat tulevaisuuden työntekijöinä omaksuvat perusasenteensa ja -valmiutensa työelämään kouluissa ja oppilaitoksissa. Opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on edistää opiskelijoiden terveellistä, turvallista ja viihtyisää opiskeluympäristöä. Tavoitteen toteutuminen edellyttää terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyötä oppilaitoksen viranhaltijoiden, terveydensuojeluviranomaisen, työsuojelutoimikuntien ja -viranomaisten sekä opiskelijajärjestöjen kanssa.

2 momentin viimeinen työharjoittelua koskeva lause on uusi. Siinä ehdotetaan, että opiskelijan työharjoitteluajan terveydenhuolto sisältyy opiskeluterveydenhuoltoon. Opiskeluterveydenhuollossa tulee selvittää opiskelijan terveystarkastustarve ennen työharjoittelujaksoa etenkin erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Lisäksi työpaikan kannalta on selkeintä, että mahdollisesta tar-

kastusvelvollisuudesta sekä esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden rokotuksista sovitaan opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon kesken.

32 §. Työterveyshuolto. 1 momentti. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää kunnan alueella sijaitsevista työ- ja toimintapaikkojen työntekijöille työnantajan järjestettäväksi säädetyt lakisääteiset työterveyshuollon palvelut sekä sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Lisäksi kunnan tulee järjestää alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville työterveyshuollon palvelut sekä sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Työterveyshuollolla edistetään ja tuetaan työntekijöiden terveyttä ja työkykyä sekä työssä jaksamista ja työelämään osallistumista. Työterveyshuolto on keskeisessä asemassa ennakoidessa työkyvyn mahdollista heikkenemistä ja ohjattaessa hoitoon ja kuntoutukseen. Työterveyshuollon erityispiirteinä on työntekijöihin kohdistuvan terveyden edistämiseen ja hoitamiseen liittyvän toiminnan lisäksi vaikuttaa työhön, työolosuhteisiin ja työyhteisöön.

Kunnallinen työterveyshuollon palvelujärjestelmä on keskeinen toimija pienissä asutuskeskuksissa ja haja-asutusalueella, joissa ei ole vaihtoehtoisia työterveyshuollon palvelujen tuottajia. Kunnallinen järjestelmä turvaa, että palvelut ovat saatavilla kaikille työelämään osallistuville yhdenvertaisesti.

Hyvin toimiva kunnallinen työterveyshuoltojärjestelmä luo kunnille edullisen aseman työpaikkojen sijoittumisen suhteen. Viime vuosien vilkas talouskehitys on vaikuttanut pienten yritysten syntymiseen. Varsinkin mikroyrityksiä on perustettu paljon, joiden ainut työntekijä on yrittäjä itse. Kunnallinen työterveyshuolto voi edistää kunnan elinkeinopolitiikkaa tarjoamalla yrityksille ja yrittäjille työterveyshuollon palveluja, jotka edesauttavat työntekijöiden terveyttä ja työkykyä.

2 ja 3 momentti. Yrittäjien työterveyshuolto ja työterveyshuollon yhteydessä järjestetty sairaanhoito ja muut terveyspalvelut on tammikuun alusta 2006 alkaen järjestetty pykälän säätämässä laajuudessa. Yrittäjien sairaanhoidosta ja sen korvauksista säädettiin työterveyshuoltolakiin (1117/2005) ja saira-

usvakuutuslakiin (1113/2005) vuoden 2006 alusta.

33 §. Ympäristöterveydenhuolto. 1 momentti. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystieteiden tulee järjestää ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan. Tämän lain 4 §:ssä on todettu, että kunta voi hoitaa ympäristöterveydenhuollon muullakin tavalla itse tai alueellisesti yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Nykyinen kansanterveyslain 6 § mahdollistaa ympäristöterveydenhuollon järjestämisen erillään muusta terveydenhuollosta myös silloin, kun on kyse perusterveydenhuollon kuntayhtymästä.

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta on tärkeää muiden kunnan viranomaistehtävien (esimerkiksi ympäristönsuojelu ja rakennusvalvonta) kanssa niiden samankaltaisuudesta johtuen. Siksi vastaavanlainen säännös sisältyisi myös terveydenhuoltolaikiin siten, ettei ympäristöterveydenhuollon tarvitse välttämättä kuulua puitelain tarkoitamaan terveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen. Elintarvikevalvonnan kehittämistä koskevan maaliskuun 1 päivänä 2007 annetun valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan ympäristöterveydenhuolto tulee järjestää ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella siten, että ympäristöterveydenhuollon tehtäviä hoidettaisiin yli 10 henkilötyövuoden henkilövoimavaroilla. Ympäristöterveydenhuollon tämän hetkisten resurssien mukaan edellä mainittu vaatimus tarkoittaa sitä, että ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen tulisi olla asukas pohjaltaan yli 60 000, mikä myös poikkeaa perusterveydenhuollolle esitetystä 20 000.

2 momentti. Säännöksessä on lueteltu ympäristöterveydenhuoltoon vaikuttavaa muuta lainsäädäntöä.

3 momentti. Ympäristöterveydenhuollon valvonnan luonteesta ja monimuotoisuudesta sekä vaatimuksesta ymmärtää valvonnan piirissä olevien toimintojen terveysriskit seuraa, että erityisesti johtajalta tulisi myös jatkossa edellyttää riittävää alan kokemusta ja asiantuntemusta sekä soveltuvaa luonnontieteellistä koulutusta. Säännös ympäristöterveydenhuollon johtajan pätevyyydestä vastaa nykyistä kansanterveyslain säännöstä.

34 §. Mielenterveyshuolto. Mielenterveyshuoltoa tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvin-

voinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyshuoltoon kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveyshuoltoon kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveyshuoltoa ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveyslaissa säädetään yksityiskohtaisemmin mielenterveyslaissa.

35 §. Päihdetyö. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystieteiden tulee järjestää päihdehuollon palveluista sellaiset, jotka on tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveyslaitoksen päihdehuollon palveluista säädetään tarkemmin päihdehuoltolaissa (41/1986). Päihdetyöä tarkoitetaan sekä alkoholia, sen korvikkeita, huumausaineita ja päihtymistarkoitukseen käytettyjä lääkkeitä. Päihdetyö on Suomessa pääosin alkoholin käyttöä, mutta erityisenä ongelmana on eri päihdetyöiden yhtäaikainen käyttö. Päihdetyöllä tarkoitetaan päihdetyöiden käytön ehkäisyä, päihdetyöiden käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisyä ja päihdehoitoa. Päihdetyö ei ole pelkästään päihdetyöiden käyttäjien ja päihdeongelmista kärsivien hoitoa vaan osa laaja-alaista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Päihdetyöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisy ja hoito muodostuvat eri toimijoiden samansuuntaisista ja toisiaan tukevista toimenpiteistä. Päihdetyö voidaan jakaa ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön.

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihdeettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja, lisäämällä päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa sekä toteuttamalla ja edistämällä perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista päihdetyöön liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisevän päihdetyön keinoin pyritään vähentämään päihdetyöiden kysyntää, saatavuutta ja tarjontaa sekä haittoja.

Korjaavaan päihdetyöhön kuuluvat päihdepalvelut. Päihdepalveluilla tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä ja erityisiä palveluja, joissa päihteiden ongelmakäyttäjä ja hänen läheisensä saavat tukea, apua, hoitoa tai kuntoutusta. Päihdehuollon palveluja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Kunnat, yhteistoiminta-alueet tai terveystoimintatilat ovat velvollisia järjestämään päihdehuollon palveluja siinä määrin kuin kunnassa esiintyy tarvetta. Erityisen tärkeää näiden palvelujen järjestämisessä on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö.

Päihdepalvelujen kehittäminen sisältyy myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan, joka käynnistyi vuoden 2008 alusta. Ohjelmassa hyödynnetään muun muassa kansallisessa terveys-hankeissa ja sosiaalialan kehittämishankkeissa kehittyntä uutta työtettä. Ohjelmassa selvitetään uudistustarpeet ja viedään läpi haluttuja muutoksia yhteistyössä sidosryhmien ja kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa.

36 §. Seulonnat. Seulonnan ja joukkotarkastusten tarkoituksena on sairauksien, niiden esiasteiden tai taudin aiheuttajien löytäminen vielä oireettomasta väestöstä. Seulonnan järjestämisen perusteena on tutkimusnäyttöön perustuva tieto varhaisen diagnoosin ja hoidon hyödyllisyydestä kyseisessä sairaudessa. Esimerkiksi kuolleisuutta kohdunkaulan syöpään on voitu pienentää murtosaan syöpään esiasteiden seulonnan ja varhaisen hoidon ansiosta. Parhaimmillaan seulonta on olennainen osa kansanterveys-työtä. Valtakunnallisesta seulontaohjelmasta on säädetty tarkemmin valtioneuvoston asetuksessa 1339/2006. Valtakunnalliseen ohjelmaan kuuluvat rintasyövän, kohdun kaulaosan syövän sekä raskauden aikaiset sikiön rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonnat.

Kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvien seulontojen lisäksi kunnat voivat toteuttaa osana kansanterveys-työtä muitakin seulontatutkimuksia, jos ne täyttävät asetuksessa 1339/2006 kuvatut yleiset laatuvaatimukset. Seulonnat toteutetaan usein osittain tai kokonaan ostopalveluna. Tällöin on hankintalain vaatimusten lisäksi huolehdittava erityisesti

siitä, että seulontaprosessin kaikki osat täyttävät laadukkaan toiminnan vaatimukset.

37 §. Sairaanhoito. Sairaanhoitoon sisältyvät tutkimukset, hoito, lääkinnällinen kuntoutus ja terveysneuvonta. Terveys- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät em. tehtäviä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain sekä ammatillisen koulutuksensa mukaisesti.

38 §. Suun terveydenhuolto. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 4 kohtaa. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystoimintatilan tulee järjestää suun terveydenhuollon palvelut väestölle siten, että palvelut vastaavat määrältään ja laadultaan kunnan asukkaiden suun ja hampaiden hoidon tarvetta. Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn periaatteet ovat lähtökohdiltaan samat kuin muussakin terveydenhuollossa. Väestön suun terveyden edistäminen sisältyy suunnitelmallisena suun terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Lisäksi terveyden edistäminen sisältyy kaikkiin hoitokäytäntöihin. Suun terveydenhuollon palvelut järjestetään lähipalveluina.

39 §. Lääkinnällinen kuntoutus. 1 momentti. Kunnan järjestämisvastuulle säädetyn lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen kohdalla kunta tuottaa kuntoutuspalvelut ensisijassa siinä muodossa ja tavalla sekä sellaisessa määrääjässä, että sillä on kuntoutujan kannalta vaikutusta, ja että vaikuttavuus on osoitettavissa. Lääkinnällinen kuntoutus on kiinteä osa terveydenhuoltoa ja kuntoutuksen vastuu on sillä hoidon porrastuksen tasolla, jossa potilas on hoidossa. Terveys- ja terveydenhuollon tulee sairaudenhoidon yhteydessä arvioida niin lääkinnällisen kuntoutuksen kuin ammatillisen kuntoutuksen tarpeet ja mahdollisuudet tai ohjattava muuhun terveydenhuollon tai kuntoutuksen yksikköön tarkemman kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Kuntoutustarve ja mahdollisuudet tulee arvioida moniammatillisesti, ja että terveydenhuollon eri toimintataseilla on käytettävissä moniammatilliset kuntoutustyöryhmät.

2 momentti. Potilaalle tulisi tehdä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutus tulisi siis järjestää suunnitelmallisesti hyvään kuntoutuskäytäntöön perustuen ja siten, että asiakkaan omaa osallistumista suunnitelman tekemisessä vahvistettaisiin. Vastaava säännös on myös potilaan asemasta ja oikeuksista an-

netun lain (785/1992, potilaslaki) 4 a §:ssä. Potilaslain mukaan suunnitelmassa tulisi ilmetä henkilön kuntoutuksen järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma olisi laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan, potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelma tulee yhteensovittaa potilaan muihin hoito- ja/tai palvelusuunnitelmiin. Julkisen terveydenhuollon laatima vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma muodostaa perustan Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten lääkinnälliselle kuntoutuksella.

Kuntoutuksessa olisi myös tärkeää yhteistyö eri toimijoiden välillä, joka voitaisiin ottaa huomioon yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetussa laissa (497/2003) säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyöstä.

40 §. Ohjaus muuhun kuntoutukseen. 1 momentti. Säännöksen tavoitteena on vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja lisätä kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin informointia muista kuntoutusmahdollisuuksista, jos henkilö tarvitsee kuntoutusta, mutta joka ei ole kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tehtävä tai kuntoutusta ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä. on kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä niin, että kuntoutujat saisivat tarvitsemansa palvelut oikeudenmukaisesti, yhdenvertaisesti ja joustavasti.

2 momentti. Vastuunjaosta eri kuntoutusta antavien tahojen kanssa sisältyisi yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelmas-
ta pitäisi selvittää mikä taho on kokonaisvas-
tuussa asiakkaan kuntoutuksesta.

41 §. Todistukset. Säännös vastaa kansanterveyslakiin vuonna 2007 sisällytettyä 14 §:n 11 kohtaa. Kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveyspiirin tai sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tarve perustuu lakiin tai potilaan hoidon, toimeentulon, opintojen tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen. Todistus tai lausunto annetaan terveyskeskuksen potilaalle, joka

yleensä on kunnan asukas. Kunta- ja palvelurakennemuutos kuitenkin tuonee toteutukseen mukanaan enenevässä määrin alueita, joissa terveyspalveluja käytetään yli kuntarajojen. Tällöin terveyskeskuksen asiakas ei välttämättä ole kunnan asukas.

Todistuksen tai lausunnon tulee koskea potilaan terveydentilaa. Arvion tekee terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukainen ammattihenkilö. Annetavan todistuksen tai lausunnon laatimisen tulee vaatia terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntemusta. Todistus tai lausunto on voitava perustaa tutkimushavaintoihin ja mahdollisiin esitetietoihin. Todistukset ja lausunnot, joissa terveydenhuollon ammattihenkilö ei voi objektiivisesti arvioida antamansa todistuksen tai lausunnon sisältöä, eivät kuulu kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveyspiirin tai sairaanhoitopiiriin järjestämisvelvollisuuden piiriin.

Lakiin perustuvilla todistuksilla tai lausunnoilla tarkoitettaisiin tässä yhteydessä sellaisia todistuksia tai lausuntoja, joiden tarpeellisuudesta on säädetty laissa, asetuksessa tai asetuksen nojalla annetussa päätöksessä. Tällaisia todistuksia ovat esimerkiksi ajokorttitodistus, asevelvollisuuslain (452/1950) 24 §:n mukaiset lääkärintodistukset, merimiehen lääkärintodistus, kotitaloustyöntekijän lääkärintodistus terveydentilastaan, lääkärintodistus ortodoksisen seurakunnan papin, kanttorin ja diakonin viran täyttämiseksi, päihdehuoltolain (41/1986) mukainen lääkärinlausunto ennen hoitoon määräämistä väkivaltaisuuden perusteella, pakkokeinolain (450/1987) mukaisesta henkilönkatsastuksesta annettava lausunto ja sterilimisasetuksen (427/1985) mukainen lääkärinlausunto. Luetelo ei ole tyhjentävä. Toimeentuloon liittyviä todistuksia voivat olla esimerkiksi todistukset, joilla haetaan sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisia etuisuuksia. Tällaiset todistukset ovat yleensä myös lakisääteisiä. Opintojen johdosta välttämättömiä todistuksia voivat olla esimerkiksi oppilaitoksille tarkoitettujen terveystodistukset opiskelupaikan saamiseksi. Myös todistus koululaisen vapauttamiseksi koululiikunnasta kuuluu tähän kategoriaan.

Muiden vastaavien syiden johdosta annettavat todistukset ja lausunnot ovat tyyppi-

sesti esimerkiksi T-todistuksia virkaa varten tai E-lausuntoja vakuutusyhtiöitä varten. Sen sijaan erilaiset harrastuksiin liittyvät todistukset ja lausunnot eivät kuulu kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Harrastuksiin liittyviä todistuksia pyytävät henkilöt voidaan ohjata yksityissektorille todistuksen hankkimiseksi omalla kustannuksellaan.

42 §. Virka-apu. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 14 §:n 2 momenttia. Säännöstä on muutettu viimeksi vuonna 2005, jolloin se saatettiin vastaamaan uutta vankeuslakia (767/2005) ja tutkintavankeuslakia (768/2005).

43 §. Merimiesten terveydenhuolto. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystieteiden tulee kansanterveystyöhön kuuluvista tehtävistä ylläpitää merimiehille näiden kotipaikasta riippumatta merimiesterveydenhuoltoa, johon kuuluu merimiehen terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto sekä tuottaa merimiehille varustamon sijaintipaikkakunnasta riippumatta työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja on säädetty nykyisen kansanterveyslain, 14 §:n kohdissa 7 ja 8. Nykyisessä kansanterveysasetuksen 5 §:ssä on säädetty Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan kaupungin velvollisuudesta huolehtia säädettyistä tehtävistä.

44 §. Asetuksenantovaltuus. Asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä terveysneuvonnan, terveystarkastusten, neuvolapalvelujen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, lasten ja nuorten suun terveydenhuollon ja apuvälinepalvelujen sisällöstä ja määrästä. Tavoitteena on määrätä asetuksella palvelujen tarkemmasta sisällöstä palvelujen yhdenmukaisen ja tasavertaisen toteuttamisen varmistamiseksi koko maassa. Lastenneuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on ohjeistettu sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin vuosina 2002 – 2006 laatimilla oppailla ja laatusuosituksilla. Äitiysneuvolatyötä ja ehkäisyneuvontaa varten on laadittu tavoitteita ja toimenpidesuosituksia vuonna 2007 valmistuneessa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa. Tehtyjen selvitysten mukaan neuvolatyön,

kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon toteuttamisessa on ohjeistuksesta huolimatta suuria kuntakohtaisia eroja. Valtiontalouden tarkastusvirasto on kiinnittänyt huomiota siihen, että kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ohjausvaikutus on ollut vähäinen. Apulaisoikeuskansleri on myöskin tutkinut kouluterveydenhuollon toteuttamista ja päätöksessään kannattanut ohjauksen velvoittavuuden lisäämistä.

Luku 4.

Alueelliset palvelut

45 §. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. 1 momentti. Perusterveyden huollon ja erikoissairaanhoidon välisestä tiedonkulkusta ja konsultaatiota pitäisi entistään parantaa, päällekkäisyyksiä pitäisi poistaa sekä pitäisi rakentaa joustavia, organisaatioiden rajat ylittäviä hoitoketjuja. Perusterveydenhuollon tulisi olla koko terveydenhuollon selkäranka ja verkosto, joka palvelisi avun tarvitsijoita tasavertaisesti ja viiveettömästi. Perusterveydenhuollosta käsin yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa suunnitellaan hoidon porrastus. Kun potilas lähetetään perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon hoitoon, kyse on joko konsultaatiosta tai lähettämisestä hoitoon. Konsultoidessaan perusterveydenhuollon lääkäri kysyy arvioita ja ohjeita, jotta hoito voi jatkua perusterveydenhuollossa. Lähettäessään potilaan hoitoon perusterveydenhuollon lääkäri siirtää hoitovastuun erikoissairaalalle lähetteessä mainitun ongelman tai sairauden osalta. Kun erikoissairaanhoidon jakso päättyy, perusterveydenhuolto vastaisi potilaan hoidosta annettujen ohjeiden perusteella.

Muun muassa saumattomien palveluketjujen aikaansaamiseksi terveystieteiden ja sairaanhoitopiiriin tulisi tehdä yhteistyötä alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa.

2 momentti. Terveystieteiden ja sairaanhoitopiiri voisivat lähipalveluina antaa sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka olisi mahdollista toteuttaa lähipalveluja antavissa terveydenhuollon toimintayksiköissä esimerkiksi konsultaatioita, päiväkirurgisia toimenpiteitä. Näistä toimintamahdollisuuksista voi-

taisiin sopia 11 §:n mukaisessa kansanterveystyön yhteistyösuunnitelmassa.

3 momentti. Lisäksi piirit huolehtivat tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutus on myös toteutettava sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen mukaisesti.

46 §. Perusterveydenhuollon yksikkö.

1 momentti. Sairaanhoidopiiriin tulisi perusterveydenhuollon yksikkö, joka vastaisi alueen kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman laatimisesta niiden tahojen kanssa, jotka on mainittu 11 §:ssä. Perusterveydenhuollon yksikön keskeinen tehtävä on perusterveydenhuollon kehittämiskysymysten koordinointi ja siihen liittyvän tiedon kokoaminen ja välittäminen. Yksikön tehtäviä ovat perusterveydenhuollon toiminnan sisällön, toimintakäytäntöjen ja osaamisen kehittämistyö ja toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointi. Yksikkö myös koordinoisi perusterveydenhuollossa tehtävää tieteellistä tutkimusta sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja alueellista täydennyskoulutusta yhteistyössä eri tahojen kanssa. Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelmassa olisi mahdollisuus sopia muun muassa työnjaosta, tehtävistä ja konsultaatioista sairaanhoidopiiriin ja kuntien ja yhteistoiminta-alueiden välillä ja sosiaalihuollon kanssa.

2 momentti. Niillä alueilla, joissa on muodostettu terveyspiiri, niin se koordinoisi edellä mainittuja tehtäviä.

47 §. Terveysten, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelainsäädäntöön on kirjattu laajan väestöpohjan kuntayhtymän, eli sairaanhoidopiiriin tai terveyspiiriin, tehtäväksi edistää terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta alueellaan. Tätä toteutetaan sekä osana kaikkia erikoissairaanhoiton hoitoprosesseja, erityisesti sekundaari- ja tertiääripreventiona, että tarjoamalla asiantuntemusta ja tukea alueen kunnille alueellisessa suunnittelussa, järjestämällä koulutusta, kokoamalla terveysseurantatietoja sekä levittämällä sairauksien ehkäisyä koskevia toimintamalleja ja toimintaohjelmia.

Sairaanhoidopiirit voivat johtaa ja koordi-

noida kokonaisuuksina tautien ehkäisy- ja hoito-ohjelmia (esimerkiksi astma, diabetes), yhdistettynä tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen, ja siten pyrkiä vähentämään palvelujen tarvetta/kysyntää ja kuormitusta. Sairaanhoidopiirit voivat tuottaa tietoa alueen kuntien yhteiseen käyttöön, muun muassa väestön terveydentilan muutoksista. Väestötason tietoa voitaisiin nykyistä paremmin koota myös potilasasiakirjoista. Terveysten edistämisen tulee olla toiminnan lähtökohtana sekä alueellisissa että paikallisissa terveyspalveluissa. Perus- ja erikoistason on toimittava kitkattomasti yhdessä samojen periaatteiden mukaisesti. Joitakin terveyden edistämisen toiminnoista on luontevaa hoitaa alueellisella tasolla, mutta edelleenkin se säilyy ennen kaikkea kuntien tehtävänä. WHO:ssa on valmisteltu terveyttä edistävän sairaalan standardit, joita konkreettisen apuvälineenä voitaisiin nykyistä enemmän käyttää hyväksi sairaaloissa.

48 §. Opetusterveyskeskustoiminta. 1 momentti. Opetusterveyskeskusta käytettäisiin ensisijaisesti terveyskeskustöyön opettamiseen. Keskeisin oppiaine on ollut yleislääketiede, mutta kehityssuuntana olisi laajentaa opetus kattamaan terveydenhuollon eri koulutusalat, mukaan lukien eri erikoisalojen opiskelu. Yleislääketieteen opetuksen keskeisin sisältö kattaa ne tiedot, joita yleislääkäri tarvitsee perusterveydenhuollossa työskennellessään. Perusterveydenhuollon tehtävänä on turvata riittävät terveydenhuollon palvelut jokaiselle hoitoa tarvitsevalle ihmiselle. Yleislääkäri ja perusterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset ovat tässä tehtävässä avainasemassa. Kliinisen ammattitaitonsa turvin ja hoitamaansa väestön tuntien he pystyvät vastaamaan suurimmasta osasta potilaiden hoitoa, mutta ohjaavat tarvittaessa potilaansa erikoissairaanhoitoon tai muiden palvelujen piiriin. Perusterveydenhuollossa annettu hoito on kokonaisvaltaista ja jatkuvaa ulottuen yksittäisten sairausepisodien yli pitkäaikaishoitoon, kuntoutukseen, ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. Opiskelumuuotoina ovat kliininen potilaiden hoito ja pienryhmätyöskentely.

2 momentissa on lueteltu erilaisia yhteisöjä, joiden kanssa yhteistoiminta-alueen kunnat

tai kuntayhtymät voisivat muodostaa opetus-terveyskeskuksen. Stakesin tehtäviin kuuluisi tukea opetusterveyskeskuksia erityisesti tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnassa. Yliopiston lääketieteellisen ja hammaslääketieteellisen samoin kuin terveystieteellisen koulutusyksikön opettaja tai ammattikorkeakoulun terveysalan opettaja voisi toimia suostumuksensa mukaisesti opetusterveyskeskuksen sivutoimisessa virassa.

3 momentti. Valtio varoista suoritetaan korvausta niihin kustannuksiin, jotka aiheutuvat opetusterveyskeskukselle vaativista asiantuntijapalveluista ja tutkimustoiminnasta.

4 momentti. Säännöksessä on asetuksenantovaltuus.

49 §. Opetusterveyskeskuksen täydennyskoulutus. Opetusterveyskeskuksen tulisi varautua tuottamaan ja koordinoimaan täydennyskoulutusta perusterveydenhuollossa.

50 §. Terveidenhuollon alueellinen varautuminen ja valmiussuunnittelu. Valmiuslain (1080/1991) mukaan valtion viranomaisten ja liikelaitosten sekä kuntien ja kuntayhtymien tulee laatia valmiussuunnitelmat. Valmiuslain velvoite on yksittäistä kuntaa ja kuntayhtymää koskeva yleisvelvoite. Se ei sisällä suunnittelun johtosuhteita ja yhteistyötä koskevia määräyksiä. Pykälän tarkoituksena on selkeyttää suunnitteluvastuita ja ohjata varautumista ja valmiussuunnittelua alueellisella pohjalla tapahtuvaksi. Alueellinen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tapahtuva varautuminen ja valmiussuunnittelu tehostaa varautumista edistämällä terveydenhuollon kapasiteetin ja voimavarojen sekä erityis- ja asiantuntijapalvelujen yhteiskäytön ja potilasvirtojen ohjauksen etukäteissuunnittelua. Alueellisen terveydenhuollon valmiussuunnittelun laatimisen tulee tapahtua alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota suunnitelman asianmukainen laatiminen ja alueen varautuminen edellyttävät.

Pykälän 2 momentissa säädetään valtion mahdollisuudesta osallistua terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Säännöksellä turvattaisiin sellaisen varautumisen valtakunnallinen ylläpitäminen, mikä ei lainsäädännön mukaan kuulu kunnan, yhteistoimin-

ta-alueen tai kuntayhtymän vastuulle. Samalla mahdollistettaisiin erityistilanteiden jälkihoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen kunnille silloin kun se tapahtuman luonne ja kunnan voimavarat huomioon ottaen on perusteltua.

Kotimaassa ja ulkomailla tapahtuvissa suu-remmissa onnettomuus- ja erityistilanteissa kunnan tai alueen terveydenhuollon voimavarat ja osaaminen eivät useinkaan riitä tilanteen hallintaan tai johtamiseen. Uhrien nopea tutkimuksen ja hoidon käynnistäminen edellyttää, että onnettomuusalueelle saadaan avuksi muualta terveydenhuollon ammattihenkilöitä, terveydenhuollon tarvikkeita ja laitteita sekä lääkkeitä. Potilaita saatetaan joutua myös siirtämään hoidettavaksi muualle, mikä usein edellyttää ilmateitse tapahtuvan lääkinnällisen evakuointivalmiuden olemassaoloa. Tarkoituksena on nimetä ja valtuuttaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidonpiiri ja Vantaan kriisikeskus valtakunnalliseksi toimijaksi tämän tyyppisissä tilanteissa. Kokemuksia toiminnasta ja valtakunnallisen toimijan tarpeesta on muun muassa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin ja Jokelan ampumistapahtuman hoidon yhteydessä.

51 §. Ensihoitopalvelu. Lakiin ehdotetaan otettavaksi uutena määritelmänä ensihoitopalvelu, joka kattaisi nykyisessä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa käytetyt käsitteet sairaankuljetus, ensihoito ja lääkinnällinen pelastustoiminta. Ensihoitopalvelu olisi kokonaisuus, joka vastaisi potilaan kiireellisestä hoidosta terveydenhuollon hoitolaitosten ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettamisesta tarkoituksenmukaisimpaan terveydenhuollon yksikköön, sisällyttäisi ensivastetoiminnan osaksi palveluketjua, huolehtisi välittömän henkisen huollon järjestämisestä sekä osallistuisi alueelliseen valmiussuunnitteluun suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle.

Kuten nykyisinkin, ensihoitopalvelu kattaisi alueellisesti palvelun järjestämisen maa-alueilla, sisävesillä ja saaristossa sekä satamaan kiinnitettynä olevilla aluksilla. Ensihoitopalvelun järjestäjä päättäisi siitä, minkälaisella kalustolla sen järjestämisvastuulla olevan alueen ensihoitopalvelun tehtävät hoidetaan tarvittaessa yhdessä muiden viranomais-

ten ja toimijoiden kanssa. Merialueella olevilla aluksilla olevien potilaiden tavoittamisesta ja kuljettamisesta säädetään meripelastuslaissa, ja ensihoitopalvelun kytkemisestä potilaan hoitoon näissä tilanteissa sovittaisiin alueellisesti sairaanhoitopiiriin tai terveystiimin ja meripelastusviranomaisten välillä.

Ensihoitopalvelu koskisi hätäkeskuksen välittämiä kiireellisiä, ennalta suunnittelemtomia tehtäviä ensisijaisesti hoitolaitosten ulkopuolella. Koska toiminta ei ole täysin eriyttävissä hoitolaitossiirroista eikä kiireettömistä kuljetuksista, ja jotta koko kuljetuskapasiteetti saataisiin hyödynnettyä, ehdotetaan kiireettömien potilaskuljetusten koordinointi säädetäväksi erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtäväksi yhdessä terveystiimien ja sairaanhoitopiirien kanssa.

Ensihoitopalvelu huolehtisi psykososiaalisen tuen järjestämisestä potilaalle, hänen läheisilleen ja tarvittaessa muille tapahtumaan osallisille. Käytännössä ensihoitohenkilöstö arvioisi avun tarpeen ja pyytäisi hätäkeskuksen kautta tarvittaessa kriisi- tai sosiaalityön palveluja potilaan tai hänen omaistensa tueksi välittömästi tapahtuman tai onnettomuuden jälkeen.

Terveystiimit ja sairaanhoitopiirit laatisivat alueelliset terveydenhuollon varautumissuunnitelmat, joiden tekemiseen ensihoitopalvelu osallistuisi. Suuronnettomuus- ja terveydenhuollon erityistilanteissa ensihoitopalvelu olisi vastuussa terveydenhuollon toiminnasta hoitolaitosten ulkopuolella ja toimisi muiden viranomaisten ja tarvittaessa yhdessä vapaaehtoisen pelastuspalvelun kanssa.

Pykälän 2 momentin mukaan terveystiimi tai sairaanhoitopiiri vastaisi kattavan ja tasapuolisen ensihoitopalvelun järjestämisestä alueellaan siten, että ensihoitopalvelu muodostaisi alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden, joka toimisi kiinteässä yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Toiminta suunniteltaisiin siten, että se mahdollistaa saumattoman yhteistoiminnan hätäkeskuksen, pelastustoimen, poliisin sekä muiden viranomaisten ja toimijoiden, kuten esimerkiksi kolmannen sektorin kanssa. Terveystiimi tai sairaanhoitopiiri laatisi ensihoidon palvelutasomääritykset alueensa kuntia kuultuaan. Ensihoidon palvelutaso

määriteltäisiin muun muassa alueen riskiaroitituksen ja väestökeskittymien perusteella. Palvelutasomääritys sisältäisi myös aikatavoitteet, joissa ensivasteyksikön, perustasoisen tai hoitotasoisien ambulanssin tulisi tavoittaa potilas.

Laissa määriteltäisiin ensivastetoiminta, jolla tarkoitettaisiin hätäkeskuksen hälytettävissä olevan muun ajoneuvon kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan luokse tilanteissa, joissa tämä yksikkö tavoittaa potilaan ambulanssia nopeammin, ja ensivasteyksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua. Laissa ei säädetäisi velvoitetta järjestää ensivastetoimintaa, vaan ensihoitopalvelua järjestävä terveystiimi tai sairaanhoitopiiri voisi päättää ensivastetoiminnan järjestämisestä osana ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnan tarve ja laajuus määriteltäisiin alueen palvelutasomäärityksessä ja terveystiimi tai sairaanhoitopiiri tekisi sopimukset alueensa ensivastepalvelujen tuottajien kanssa. Ensivastetoimintaa tuottavat sopimusperusteisesti esimerkiksi pelastuslaitokset, sopimuspalokunnat, Rajavartiolaitos ja Suomen Punainen Risti.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman selvityshenkilön raportin (STM, selvityksiä 2007:26) mukaan 91 prosentilla terveyskeskuksista on nimetty vastuulääkäri, mutta vain 31 prosentilla heistä on riittävästi työaikaa käytettävissä tehtävän hoitamiseksi. Terveyskeskuksista 58 prosenttia ilmoitti, että vastuulääkärillä on riittävä osaamistaso tehtävien hoitamiseksi. Ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtäminen alueelliselle tasolle parantaisi ensihoitopalvelun ohjausta ja mahdollistaisi osaamisen keskittämisen terveystiimin tai sairaanhoitopiiriin yhdelle ensihoitopalvelusta päätoimisesti vastaavalle lääkärille. Ensihoidosta vastaava lääkäri pystyisi nykyistä paremmin koordinoimaan alueen ensihoitojärjestelmien toimintaa, toimimaan lääkintäesimiesten ja alueen ensihoitajien lääketieteellisenä esimiehenä sekä suunnittelemaan yhdessä erikoissairanhoidon edustajien kanssa potilaiden hoitoonohjausta.

Lisäksi asetuksella olisi tarkoitus säätää tarkemmin ensihoitopalveluun osallistuvasta henkilöstöstä. Poliisi ja pelastusviranomaiset ovat luoneet kentällä tapahtuvaa toimintaa varten operatiivisen esimiesjärjestelmän,

jonka puitteissa toimialan johtovastuut on selkeästi määritelty. Tarve korostuu useamman yksikön tehtävissä sekä monipotilas- ja erityistilanteissa. Ensihoitopalvelussa terveystoimella ei ole vastaavaa järjestelmää, vaan johtamis- ja esimiespäätökset joudutaan tekemään tilannekohtaisesti. Tämän vuoksi useat pelastuslaitokset ovat perustaneet lääkintäesimiehen virkoja, joissa pelastuslaitoksen palveluksessa oleva henkilö hoitamaan terveystoimelle kuuluvaa tehtävää. Ensihoitopalveluun esitetty muutokset mahdollistaisivat sen, että terveydenhuolto huolehtisi oman sektorinsa johtamisesta. Sairaanhoitopiireissä tai terveystoimialoissa määriteltäisiin lääkintäesimiesten tarve alueellisesti ja he toimisivat päivystävinä ensihoitopalvelun esimiehinä. Lääkintäesimiehet toimisivat moniviranomais- ja monipotilastehtävissä terveydenhuollon johtajina sekä ensihoitovalmiuden ylläpidon valvojina yhdessä hätäkeskusten kanssa.

Laissa säädettäisiin velvollisuudesta antaa virka-apua poliisille ja rajavartiolaitokselle niiden vastuulla olevien tehtävien hoitamiseksi. Ensihoitopalvelun antamaa virka-apua käytettäisiin esimerkiksi poliisijohtoisissa erityistilanteissa, joissa tarvitaan ensihoitovalmiutta piiritys-, panttivanki-, pommihukutai muussa vastaavassa tilanteessa. Virkaavun antaminen voitaisiin, kuten nykyisinkin, järjestää osana päivittäistä ensihoitopalvelua tai mahdollistamalla taktisen ensihoidon ryhmien toiminta. Taktisen ensihoidon ryhmät kootaan suostumuksensa mukaan ensihoitopalvelussa työskentelevistä terveydenhuollon ammattihenkilöistä, jotka ovat saaneet erityiskoulutuksen tehtävään. Taktisen ensihoidon ryhmät toimivat tavanomaisen ensihoitovalmiuden lisänä, jolloin päivittäistä ensihoitovalmiutta ei ole tarpeen sitoa usein pitkäkestoisiiin erityistilanteisiin.

Luku 5.

Erityistason palvelut

52 §. Erityisvastuualueen tehtävät. 1 momentti. Erityistason sairaanhoidon keskittämisen osalta esityksen tavoitteena on varmistaa laadullisesti riittävän korkeatasoisen toiminnan edellyttämä erityisosaaminen. Eri-

tyisosaamisen varmistaminen puolestaan edistäisi potilasturvallisuutta. Erityisosaamisen saavuttaminen ja ylläpito sekä asianmukaisen ensihoito- ja päivystysvalmiuden ylläpito riittävine henkilöstöresursseineen, tiloineen ja laitteineen edellyttää toiminnan riittävää toistuvuutta ja volyyymiä. Keskittämällä on saavutettavissa myös terveydenhuollon resurssien käytön tehostumista.

Erityisvastuualueen tulee järjestää erityistason erikoissairaanhoito alueellaan. Erityisvastuualue huolehtii alueellaan kuntien ja terveystoimialojen ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa.

2 momentti. Ohjauksen ja neuvonnan lisäksi erityisvastuualue myös vastaa alueensa täydennyskoulutuksesta. Erityisvastuualueella sovitaan myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksella erikoissairaanhoidon työnjaosta 12 §:n mukaisesti. Lisäksi erityisvastuualue yhteensovittaa alueensa palveluja.

3 momentti. Yliopistojen yhteydessä toimivat erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen alueelliset neuvottelukunnat. Valtioneuvoston vuosille 2008-2011 hyväksymän Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman mukaan alueellista yhteistyötä työvoiman kysyntää vastaavan koulutustarjonnan turvaamisessa tulee tiivistää myös työelämän ja sosiaali- ja terveystoimen ammattikorkeakoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen kesken. Tätä varten luodaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ja alan koulutusyksiköiden alueelliset yhteistyörakenteet. Niitä voidaan hyödyntää myös työvoima- ja koulutustarpeiden maakuntapohjaisessa ennakointiyhteistyössä sekä koulutuksen sisällön ja harjoittelun kehittämisessä.

53 §. Ensihoitokeskus. Erityisvastuualueilla tulisi olla ensihoitokeskus, joka vastaisi ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta ensihoitopäivystyksestä alueellaan ja koordinoisi alueensa lääkärihelikopteritoimintaa.

Ensihoitokeskuksessa työskentelisi ympärivuorokautisesti vähintään yksi päivystävä ensihoitolääkäri alueen ensihoitojärjestelmien operatiivisena johtajana. Päivystävä ensihoitolääkäri koordinoisi käytännön potilasoh-

jausta, tukisi lääkintäesimiesten työtä ja toimisi hoito-ohjeiden antajana. Erityisvastuualueen ensihoitokeskus päättäisi alueensa päivystävän ensihoitolääkärin osallistumisesta kenttätoimintaan maanteitse tai helikopterilla. Sairaanhoitopiirit ovat vuodesta 2006 vastanneet alueidensa lääkäriauto- ja helikopteritoimintojen lääketieteellisen toiminnan kustannuksista, joten esitys näiltä osin vakiinnuttaisi nykyiset käytännöt tukemaan ensihoitopalvelua. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit ovat aloittaneet valtakunnallisen lääkärihelikopteritoimintaa hallinnoivan yksikön perustamisselvittelyt. Tavoitteena on, että perustettava hallinnointiyksikkö keskitetysti kilpailuttaisi lääkärihelikopteritoiminnassa tarvittavan lentokaluston. Ensihoitokeskusten päivystävä ensihoitolääkäri vastaisi myös puhelimitse annettavista lääkintäpalveluista merellä oleville aluksille siten kuin merenkulkijoiden terveyden- ja sairaanhoitoa koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta annetussa asetuksessa (84/1995) säädetään. Tehtävä voitaisiin keskittää valtakunnallisesti yhteen ensihoitokeskukseen.

Erityisvastuualueen ensihoitokeskus koordinoisi alueen kiireettömiä potilaskuljetuksia ja hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja yhdessä alueen terveys- ja sairaanhoitopiirien kanssa. Tehtävää ei ole säädetty hätäkeskusten lakisääteiseksi tehtäväksi, vaan se kuuluu terveydenhuollon viranomaisille. Kiireettömät potilaskuljetukset eivät olisi osa ensihoitopalvelua, vaikka monella paikkakunnalla käytetäänkin osittain samaa kalustoa. Hätäkeskuksen tulisi kuitenkin olla tietoinen hälytysalueella liikkuvien ambulanssien lukumääristä ja sijainnista muun muassa monipotilastilanteiden varalta. Potilassiirtoihin tarkoitettu kalusto ja henkilöstö toimisivat varakapasiteettina suuronnettomuustilanteissa. Kaikki alueen hoitolaitosten väliset potilassiirrot tilattaisiin keskitetysti yhdestä palvelunumerosta. Erityisenä haasteena on paluukuljetusten hyödyntäminen. Erityisvastuualueen riittävä koko mahdollistaisi ympärivuorokautisen toiminnan.

Ensihoitokeskuksessa toimisi myös sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttäjä ja ensihoitokeskus vastaisi viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta. Viranomaisradioverkko VIRVE on hä-

täkeskuksen ja sen hälyttämien viranomaisien käyttämä suojattu viestintäverkko. Kunakin viranomaisen tehtävä on hallinnoida sektorinsa VIRVE-toimintaa, myöntää toimijoille verkon käyttöoikeudet ja valvoa toimintaa. Käytännössä tästä toiminnasta vastaavat sektorin VIRVE pääkäyttäjät, jolla on tukenaan aluepääkäyttäjät. Aikaisemmin sosiaali- ja terveystoimen VIRVE aluepääkäyttäjät toimivat lääninhallitusten yhteydessä, mutta vuodesta 2005 he ovat olleet VIRVE verkkoa hallinnoivan Suomen Erillisverkot Oy:n palveluksessa. Nyt esitetään sosiaali- ja terveystoimen VIRVE pää- ja aluepääkäyttäjätöiden vakiinnuttamista kiinteäksi osaksi terveydenhuoltoa sijoittamalla aluepääkäyttäjät yliopistollisten ensihoitokeskusten yhteyteen.

6 luku.

Hoitoon pääsy

54 §. Potilaan valinnanvapaus. 1 momentti. Terveydenhuollon kiireettömiä palveluja varaten potilaalla olisi oikeus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä tutkitaan. Tutkimukset sisältyvät hoidon tarpeen arviointiin. Valinnanmahdollisuuksia voidaan luoda myös julkiseen terveydenhuoltoon, vaikka Suomessa perinteisesti onkin mielletty vaihtoehtojen kuuluminen pelkästään yksityiseen hoitoon. Jos henkilö työskentelee toisella paikkakunnalla eikä työssäkäyntipaikkakunta kuulu samaan erityisvastuualueeseen, missä henkilön kotipaikka on, olisi hänellä myös oikeus saada tarpeellisia kiireettömiä palveluja myös työssäkäyntialueellaan.

Eräät sairaanhoitopiirialueet, muun muassa Pirkanmaan erityisvastuualue sekä myös Vaasa ja Seinäjoki ovat yhteistyösopimuksella mahdollistaneet potilaille mahdollisuuden valita sairaala, jossa heidät hoidetaan.

Myös potilaslain 6 §:n säännös potilaan itsemääräämisoikeudesta tukee potilaan valinnanvapauden lisäämistä. Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

2 momentti. Sen jälkeen, kun hoidon tarve on todettu, potilaalla olisi yhdessä hoitavan lääkärin kanssa oikeus valita se erityisvas-

tuualueen terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa hoito toteutettaisiin. Lääkäri arvioisi, missä hoitoa voitaisiin antaa ja esittäisi potilaalle eri vaihtoehtot. Hoitopaikkaa valittaessa tulisi kuitenkin varmistaa, että vastaanottava terveydenhuollon toimintayksikkö voi toteuttaa hoidon säädetyissä enimmäisajoissa. Lisäksi olisi parannettava mahdollisuutta hakeutua esimerkiksi terveyskeskushoittoon oman kuntansa ulkopuolelle työssäkäyntialueella kunnan rahoitusvastuun muuttumatta.

3 momentti. Potilaan olisi voitava vaihtaa lääkäriä tai hammaslääkäriä, jos suhde hänelle osoitettuun tai hänen itsensä valitsemaan lääkäriin ei toimi. Erikoissairaanhoidossa on jo nykyisessäkin laissa säännösten toteutettu jonkinlainen valinnanmahdollisuus. Potilaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri, jos se on toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa mahdollista. Lisäksi erikoissairaanhoitolaissa on säännös (35 §), jonka mukaan on otettava huomioon hoitopaikkaa valittaessa sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan oma taikka hänen omaistensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Erityistä huomiota on myös kiinnitettävä potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään.

4 momentti. Säännös vastaa sisällöltään erikoissairaanhoitolain 35 §:n 1 momenttia.

55 §. Kiireellinen hoito. 1 momentti. Jokaiselle kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hoitoa, riippumatta siitä, missä hän asuu tai minkä maan kansalainen hän on. Kunnan, yhteistoimintalueen, terveyspiirin tai sairaanhoitopiirin tulee järjestää kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien suun terveydenhuolto, mielen-terveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki. Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää kotikunnan mukaiseen jatkohoitopaikkaan, kun potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen hoito on varmistettu.

2 momentti. Päivystys tulee järjestää siten, että kiireellinen hoito on mahdollista antaa. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta tulee sopia tämän lain 11 §:n tarkoittamassa alueellisessa kansanterveystyön yhteistyösopimuksessa tai 12 §:n tarkoittamassa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

3 momentti. Sosiaali- ja terveysministeriö voi tarvittaessa antaa asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.

56 §. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy. Säännös vastaa kansanterveyslain 15 b §:n säännöstä. Säännös tuli voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005. Säännöksen perusteluna viitataan ns. hoitotakuusäännöksiä koskevaan hallituksen esitykseen HE 77/2004 vp. Perusterveydenhuollon toiminta painottuu kroonisten sairauksien hoitoon ja ehkäisevään kansanterveystyöhön. Hoitoon pääsyä turvaavat säännökset soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen ensisijainen tavoite on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa riippumatta hänen varallisuudestaan tai asuinpaikastaan. Hoitoon pääsy enimmäisajoissa koskisi edelleen kiireettömiä hoitoja. Kiireellisestä hoidosta säädetään erikseen 55 §:ssä.

57 §. Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy. Säännös vastaa pääosin erikoissairaanhoitolain 31 §:n säännöstä. Hoidon tarpeen arvioinnissa pitää selvittää potilaan terveydentilan edellyttämä yksilöllinen hoidon tarve. Yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi pitää aloittaa kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Pelkkä ilmoitus lähetteen vastaanottamisesta ei ole riittävä toimenpide hoidon tarpeen arvioinnin aloittamiseksi. Lähetteen perusteella pitää tehdä potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva yksilöllinen suunnitelma. Potilaan terveydentilan ja hoidon tarpeen selvittämiseksi suunnitelman pitää sisältää tieto, mitä tutkimuksia hänelle tehdään ja milloin hän pääsee tutkimukseen, poliklinikka käynnille ja hoitoon. Tutkimus- ja poliklinikajonoihin ohjaaminen ei täytä potilaan yksilöllistä hoidon tarpeen arviointia. Pitkät odotusajat tutkimuksiin ja poliklinikalle merkitsevät sitä, että jonottavien potilaiden hoidon tarvetta ei pystytä selvittämään potilaalle koituvan hyödyn mukaisesti kohtuullisessa ajassa, jolloin hoidon kohdentaminen tarpeen perusteella viivästyy. Toiminnan pitää olla oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Säännöstä esitetään täsmennettäväksi siten, että jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia tulee arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut terveys- tai sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Ongelmia on paikoin jonkin verran ollut sairaaloiden poliklinikoille pääsyssä, missä pisimmät jonoajat ensimmäiselle käynnille saattavat olla jopa useiden kuukausien mittaisia. Stakesin selvityksen mukaan joulukuun 2007 lopussa kolme prosenttia niistä potilaista, jotka oli lähetetty erikoissairaanhoidon ei-kiireellisellä läheteellä, oli odottanut ensimmäistä lääkärikäyntiä yli kolme kuukautta. Jos tarvittavat tutkimukset on tehty jo lähipalveluna ja läheteen perusteella voidaan tehdä hoidon tarpeen arviointi, niin hoito on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut ja sen perusteella on ollut mahdollista tehdä hoidon tarpeen arviointi.

58 §. Palvelujen hankkiminen muualta. Jos kunta, yhteistoiminta-alue, terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri eivät pysty itse antamaan hoitoa em. enimmäisajoissa, niin niiden on hankittava hoito muualta tämän lain 13 §:n mukaisesti. Hankinnan on tapahduttava säädettyjen enimmäisajojen sisällä ja potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta.

59 §. Odotusaikojen julkaiseminen. Terveyspalvelujärjestelmän on oltava läpinäkyvä niin, että kuntalainen saa luotettavaa tietoa omien palvelujensa toimivuudesta. Tällainen tieto lisää myös palvelujen järjestäjien ja tuottajien kykyä havaita mahdolliset ongelmat ajoissa ja kehittää palveluja. Yleisin ilmoituskanava on internet. Huhtikuussa 2008 jo 73 prosenttia ilmoitti julkaisevansa odotusajat kansanterveyslain edellyttämällä tavalla, tulos sisältyy Stakesin selvitykseen hoitoon pääsyn toteutumisesta perusterveydenhuollossa.

60 §. Ennakkolupa hoitoon hakeutumiseen ETA-alueella tai Sveitsiin. Säännös on samansisältöinen kuin nykyisen erikoissairaanhoidonlain 31 a §.

61 §. Vastuu potilaan hoidosta.1 momentti. Säännös vastaa sisällöltään nykyisiä kansan-

terveyslain ja erikoissairaanhoidonlain säännöksiä. Terveystieteiden toimintayksikössä vastaava lääkäri johtaa ja valvoo toimintaa.

2 momentti. Vastaava lääkäri myös päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Vastaava lääkäri voisi myös antaa ohjeet, joiden mukaan toimintayksikön sisäisen työnjaon mukaan myös muu lääkäri tai terveydenhuollon ammattihenkilö voisivat päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta tai lopettamisesta taikka potilaan siirtämisestä.

62 §. Muun kunnan korvaus terveydenhuollon palveluista.1 momentti. Ehdotetussa laissa laajennetaan potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikka 54 §:ssä mainituilla edellytyksillä myös yli kuntarajojen. Tämän vuoksi ehdotetaan myös säännöstä asuinkunnan korvauksesta muualla annetusta hoidosta.

2 momentti. Korvaus perustuisi tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa muutoinakin omaa toimintaansa tai laskuttaa jäsenkuntiaan. Korvauksesta vähennetään hoidosta suoritettu asiakasmaksu ja muut toimintatulot.

7 luku.

Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

63 §. Valtion koulutuskorvaus yliopistolliselle sairaalalle. Koulutuskorvauksen määrätymisperusteet vastaisivat sisällöltään nykyisiä erikoissairaanhoidonlain säännöksiä. Pykälän sanamuotoa on muutettu siten, että valtion korvauksen tavoitteena on kattaa täysimääräisesti lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta aiheutuvat kustannukset. Tämä edellyttää kustannusten määrän luotettavaa selvittämistä. Kustannusten laskennassa käytettävistä perusteista tulisi sopia sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön, valtiovarainministeriön ja kuntasektorin kanssa.

Opetus- ja tutkimustoiminnasta terveydenhuollon yksiköille aiheutuneita kustannuksia on mahdollista selvittää Stakesin tekemien selvitysten pohjalta. Tämän menetelmän etu-

na olisi se, että selvitys on tehty samaa menetelmää käyttäen vuosina 1998, 2004 ja 2008. Hoitosuoritteiden tiedot potilasryhmittelyineen on otettu Stakesin ja sairaanhoitopiiriin yhteisen Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hankkeen tietokannasta. Kustannustietoina on käytetty sairaaloiden ilmoittamia tulosityksikkö- tai erikoisalatason toimintakustannuksia. Koulutusta kuvaavat suoritteet on kerätty erillisin lomakkein. Niistä selviävät muun muassa erikoistumassa olevien lääkärin ja hammaslääkärin työpanokset sekä lääketieteen lisensiaattikoulutuksen käytännön harjoittelun määrä ja amanuenssien työpanos.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin pääperiaatteet lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksen korvaamisesta yliopistolliselle sairaalalle.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin eräiden erikoislääkärin koulutusohjelmien korvauksista. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle ei suoritettaisi tutkimäärän mukaan määräytyvää korvausta sellaisista erikoislääkäritutkinnoista, joiden koulutus tapahtuu pääosin muualla kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Tällaisia olisivat esimerkiksi terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnot sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnot. Jos edellä mainittua koulutusta kuitenkin annetaan yliopistollisessa sairaalassa, kuntayhtymälle suoritettaisiin korvaus toteutuneiden koulutuskuukausien mukaan.

64 §. *Valtion koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon yksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle.*

Pykälässä säädettäisiin koulutuksesta aiheutuvien kustannusten korvaamisesta muulle terveydenhuollon yksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin lääkärin ja hammaslääkärin peruskoulutuksesta, 2 momentissa erikoistumiskoulutuksesta ja 3 momentissa lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta, hammaslääkärin käytännön palvelusta sekä ulkomailla perustutkinnon suorittaneilta eräissä tapauksissa edellytetystä palvelusta.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri maksaisi 1 momentissa tarkoitetun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutuksesta aiheutuvan korvauksen julkiselle palve-

lun tuottajalle tai valtioneuvoston asetuksessa määrätyle palvelujen tuottajalle, jonka ylläpitämässä terveydenhuollon yksikössä koulutus on järjestetty.

Kun yliopisto käyttäisi lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, tästä aiheutuviin kustannuksiin suoritettaisiin säännöksissä tarkoitettu korvaus koulutukseen käytettyä kunnallista terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle, yhteistoiminta-alueelle, koulutukseen käytetylle valtion mielisairaallalle sekä valtioneuvoston asetuksessa säädetylle muulle terveydenhuollon toimintayksikölle, joka antaa koulutusta. Asetuksella säädettäisiin tarkemmin ne terveydenhuollon toimintayksiköt, joille koulutuskorvausta on mahdollista maksaa. Kysymykseen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärinkoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Korvaus perustuisi toteutuneisiin koulutuskuukausiin.

Pykälän 3 momentti vastaisi sisällöltään nykyistä erikoissairaanhoitolain 47 a §:n 3 momenttia. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 14 §:n 1 momentin mukaan Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselta, joka on suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 4 §:ssä tai 5 §:n 1 momentissa tarkoitetun koulutuksen ulkomailla, vaaditaan ammatinharjoittamisluvan saamiseksi mainituissa lainkohdissa tarkoitettuihin tehtäviin tai ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi laillistettuna ammattihenkilönä toimimiseen, että hän on suorittanut Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen mahdollisesti määräämän palvelun ja lisäopinnot sekä ammattitaidon selvittämiseksi kuulustelun siten, että hänen pätevyytensä vastaa Suomessa suoritettua vastaavaa koulutusta, ja että hän on osoittanut omaavansa riittävän kielitaidon.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä an-

netun asetuksen 6 §:ssä säädetään laillistetulta hammaslääkäriltä edellytetystä käytännön palvelusta. Terveystieteellisen ammatinhenkilöistä annetun lain 4 §:n 1 momentissa tarkoitetun laillistetun hammaslääkärin tulee, ollakseen oikeutettu Suomessa harjoittamaan hammaslääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammatinhenkilönä, mainitun lain 4 §:n 2 momentissa tarkoitetun käytännön palvelun suorittamiseksi toimia vähintään yhdeksän kuukauden ajan virka- tai työsuhteessa taikka erillisellä määräyksellä hammaslääkärin tehtävässä hammaslääkärin ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammatinhenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Edellä mainitusta ajasta vähintään kuusi kuukautta tulee olla käytännön palvelua terveyskeskuksen hammaslääkärin tehtävissä.

Edellä mainittua sovelletaan myös EU- tai ETA-valtion kansalaiselta edellytettävään käytännön palveluun, jos henkilölle ei ole EU- tai ETA-valtiossa myönnetty terveydenhuollon ammatinhenkilöistä annetun lain 6 §:n 2 momentissa tarkoitettua oikeutta harjoittaa itsenäisesti hammaslääkärin ammattia.

Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen 4 §:n mukaan lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutus kestää kokopäiväisenä kolme vuotta. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamiseksi lääkärin tulee palvella lääkärin tehtävissä koulutusyksikön hyväksymässä terveyskeskuksessa kokopäiväisesti vähintään yhdeksän kuukauden ajan ja lääkärin tehtävissä koulutusyksikön hyväksymässä sairaalassa kokopäiväisesti vähintään kuuden kuukauden ajan, osallistua säännöllisesti edellä tarkoitettun toimintayksikön toimipaikkakoulutukseen sekä suorittaa koulutusyksikön hyväksymä tai järjestämä vähintään 16 tunnin kursimuotoinen koulutus, joka perehdyttää terveydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään.

Valtion koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa myös Ahvenanmaan maakunnassa sijaitsevalle julkiselle terveydenhuollon palvelujen tuottajalle, mikä ei ole nykyisen lain-säädännön mukaan ollut mahdollista.

65 §. Yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitus. Yliopistotasaiseen tieteelliseen tutkimukseen maksettavan rahoituksen perusteita ehdotetaan muutetta-

vaksi nykyisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen ehdotetaan perustettavaksi valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama valtakunnallinen terveystieteellisen tutkimuksen lautakunta.

Lautakunnan tehtävänä olisi laatia valtion rahoituksella tehtävälle tutkimustoiminnalle strategia ja tavoitteet valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön linjauksiin ja painoalueisiin perustuen.

Lautakunta neuvottelisi viiden yliopistollisen sairaalan yhteyteen perustettavan tutkimuskeskuksen kanssa ja tekisi neuvottelujen perusteella sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen valtion tutkimusrahoituksen jakamisesta erityisvastuualueiden kesken. Valtakunnallisen lautakunnan ja erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien välisistä sopimusneuvotteluista ja niihin liittyvästä tuloksellisuuden arvioinnista on tarkoitus luoda keskeinen tutkimustoiminnan valtakunnallisen ohjauksen elementti. Sopimusneuvottelujen yhteydessä lautakunnalla on mahdollisuus koordinoita ja edistää yhteistyötä tutkimuskeskusten välillä sekä muiden valtion rahoittamien terveystieteellistä tutkimusta tukevien ja tekevien organisaatioiden kanssa. Sopimukset laadittaisiin nelivuotiskaudelle, jolloin pitkä sopimuskausi turvaisi tutkimustyön pitkäjänteisyyden terveydenhuollon yksiköissä.

Sopimusneuvottelut perustuisivat päättyvän sopimuskauden tuloksellisuuden arviointiin sekä tutkimuskeskusten laatimisiin suunnitelmiin. Valtakunnallinen lautakunta arvioisi eristysvastuualueiden tutkimustyön tuloksellisuutta julkaisujen lukumäärän ja laadun perusteella kiinnittäen huomiota erityisesti tutkimustulosten vaikuttavuuteen. Arvioinnissa otettaisiin lisäksi huomioon sopimuksissa asetettujen tavoitteiden toteutuminen sekä rahoituksen jakautuminen alueen eri toimijoiden, toimintasektorien ja tutkimusalueiden välillä.

Lisäksi lautakunnan tehtävänä olisi seurata ja arvioida tutkimustyötä ja tutkimusrahoituksen käyttöä, kehittää tutkimusrahoitusjärjestelmän toimivuutta sekä toimia asiantuntijaelimenä valtion tutkimusrahoitusta koskevissa asioissa. Lautakunta seuraisi ja arvioisi tutkimuskeskuksissa tehtävää tutkimustyötä, rahan käyttöä ja hallinnointia vuosittain mi-

nisteriölle tehtävien raporttien perusteella.

Kullekin erityisvastuualueelle perustettaisiin tutkimuskeskus, joka olisi sairaanhoitopiirin sisällä itsenäinen yksikkö. Tutkimuskeskukset vastaisivat valtion rahoituksella tehtävään tutkimustyöhön liittyvästä yleisestä hallinnosta ja taloudesta. Tutkimuskeskuksen yhteydessä toimisi tutkimustoimikunta, jonka tehtävänä olisi erityisvastuualueen tutkimusrahoituksen jakamisesta tutkimushankkeille hakemusten perusteella. Tutkimustoimikunta määrittäisi erityisvastuualueella tutkimuksen painoalueet, jotka perustuvat lautakunnan laatimaan tutkimustoiminnan strategiaan ja tavoitteisiin, ja määrittäisi kansanterveystutkimuksen ja terveystaloustieteellisen tutkimuksen rahoitusosuudet. Tutkimustoimikunta edustaisi erityisvastuualuetta valtakunnallisen terveystieteellisen lautakunnan kanssa käytävissä sopimusneuvotteluissa. Tutkimustoimikunta laatisi vuosittain selvityksen keskuksen tutkimustoiminnasta ja rahan käytöstä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Kuten nykyisinkin, tutkimusrahoitus olisi tarkoitettu tukemaan korkeatasoista kliinistä ja muuta potilaiden hoitoa ja diagnostiikkaa sekä terveydenhuollon kehitystä edistävää tutkimusta. Tuettavat tutkimusalueet olisivat kliininen tutkimus, translationaalinen tutkimus, kansanterveystutkimus ja terveystaloustieteellinen tutkimus. Tutkimusrahoitus ei olisi tarkoitettu käytettäväksi perustutkimukseen, lääkkeiden myyntiluvan hakemista varten tehtävään tutkimukseen tai kehittämishankkeisiin. Tuettavalla tutkimustyöllä on oltava selkeä yhteys terveyspalvelujärjestelmään. Tämä tarkoittaisi sitä, että ainakin yhden tutkimusryhmän jäsenistä tulisi olla työ- tai virkasuhteessa tai toimia tutkijana terveydenhuollon yksikössä tai tutkimus toteutettaisiin ainakin osittain terveydenhuollon yksikössä tai että tutkimuksen kohteena olisi terveydenhuollon toiminta tai potilaat.

Nykyisessä korvausjärjestelmässä tutkimusta tekevältä yksiköltä ei ole edellytetty omavastuuosuutta rajoituksesta. Jotta varmistettaisiin tutkimustyön suunnitelmallisuus ja tuloksellisuus, tutkimusta tekevän yksikön tulisi vastata itse tietystä osuudesta tutkimustoiminnan kustannuksista. Omavastuuosuus voisi olla esimerkiksi noin kolmasosa tutki-

mushankkeen kustannuksista.

Tieteellinen tutkimustyö edellyttää tiloja, laitteita ja tutkimuksen tukipalveluja, jotka eivät liity tavanomaiseen hoitotyöhön. Tutkimustoiminnan kehittämiseen ja ylläpitoon varatulla rahoitusosuudella katetaan kuluja, jotka ovat välitöntä seurausta tutkimustoiminnan edellytysten ylläpitämisestä ja kehittämisestä ja tutkimustoiminnan hallinnoinnista. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit ovat käyttäneet tutkimustoiminnan edellytysten ylläpitoon osan valtion maksamasta tutkimuskorvauksesta. Osuuden määrä on vaihdellut noin kolmasosasta lähes puoleen tutkimuskorvauksen määrästä. Jotta tutkimusrahoitus kohdistuisi siihen, mihin se on tarkoitettu, on pidetty tavoitteena rajoittaa tutkimustoiminnan kehittämiseen ja edellytysten ylläpitoon varatun rahoitusosuuden rajaamista noin kolmasosaan tutkimuksen kokonaiskustannuksista, mikä lisäisi tutkimuksen käyttöön jäävää rahoitusosuutta.

Tutkimusta tekevän yksikön omavastuuosuus ehdotetaan toteutettavaksi siten, että valtion korvaus kohdistetaan vain välittömästi tutkimuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja tutkimusta tekevä yksikkö vastaisi itse tutkimustoiminnan edellytysten ylläpidon ja kehittämisen kustannuksista. Menettely olisi hallinnollisesti kevyt, eikä omavastuuosuuksien laskenta aiheuttaisi lisätyötä.

66 § Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen. Ehdotuksen mukaan lääninhallitus maksaisi valtion koulutus- ja tutkimuskorvaukset, kuten nykyisinkin. Tutkintojen määrään perustuva koulutuskorvaus maksettaisiin yliopistolliselle sairaalalle ilman eri hakemusta ja koulutuskuukausiin perustuva korvaus puolivuositain hakemuksen perusteella. Länsi-Suomen lääninhallitus maksaisi Ahvenanmaan maakunnassa sijaitseville palvelujen tuottajille maksettavat korvaukset. Tutkimuskorvaus maksetaan erityisvastuualueelle sosiaali- ja terveysministeriön päätökseen perustuen.

67 § Asetuksenantovaltuus. Valtioneuvoston asetuksessa lueteltaisiin ne terveydenhuollon palvelujen tuottajat, joille olisi mahdollista maksaa valtion koulutuskorvausta. Lisäksi valtakunnallisen terveystieteellisen lautakunnan sekä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien tehtävistä ja kokoon-

panosta säädettäisiin tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavat korvaukset määräytyvät tutkinosta maksettavan korvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen mukaan. Tutkintokorvauksen ja koulutuskaukaudesta maksettavan korvauksen määrät määriteltäisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Korvauksen määrä vaihtelee vuosittain tarkoitukseen varatun määrärahan sekä tutkintojen ja koulutuskaukusten määrän mukaan.

Nykyisin tutkimusrahoituksen jakaminen perustuu julkaisupisteiden määrään ja julkaisupisteen arvo määritellään vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Tutkimuskorvauksen määräytymisperustetta ehdotetaan muutettavaksi siirtymäajan jälkeen siten, että korvauksen määrä ei enää olisi sidottu julkaisupisteisiin. Siirtymäaikana vuosille 2010 – 2012 on kuitenkin vielä tarpeen vahvistaa julkaisupisteen arvo sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

8 luku

Ohjaus ja valvonta

Terveystieteiden oikeusturvakeskus ja sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus on tarkoitus yhdistää uudeksi virastoksi vuoden 2009 alusta. Uusi virasto toimisi yhteistyössä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kanssa vuoden 2009. Pysyvämästä hallintomallista päätetään osana Aluehallinnon uudistus 2010 -hanketta (ALKUhanke). Terveystieteiden oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten rooleja selkiytetään sen jälkeen kun uudistuksen sisällöstä on päätetty.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) ja Kansanterveyslaitos (KTL) on tarkoitus yhdistää uudeksi kehittämiskeskukseksi vuoden 2009 alusta. Säteilyturvakeskuksen ja Työterveyslaitoksen toimintaan ei ole ehdotettu muutoksia. Tässä ehdotuksessa 68 – 69 ja 71-76 §:t vastaavat nykyisten kansanterveyslain ja erikois-

sairaanhoitolain ohjausta ja valvontaa koskevia säännöksiä. Tarvittavat muutokset tämän luvun säännöksiin tehdään sitten, kun em. uudistukset toteutuvat.

68 §. Ohjaus ja valvonta. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 2 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 5 §:ä.

69 §. Asiantuntijalaitokset. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 4 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 5 §:n 5 momenttia.

70 §. Terveystieteiden neuvottelukunta. Esityksessä ehdotetaan perustettavaksi terveydenhuollon neuvottelukunta, jonka tehtäviin kuuluisivat kansanterveyden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edistäminen. Neuvottelukunnan tulisi tehdä ehdotus sosiaali- ja terveysministeriölle tämän lain 10 §:ssä tarkoitettua erityistason sairaanhoidon valtakunnallisesta keskittämisestä. Neuvottelukunta voisi myös antaa suosituksia muiden erityisvastuualueille yhteisesti annettujen tehtävien hoitamisesta.

Neuvottelukunnan kokoonpanosta, asettamisesta, jaostoista ja tehtävistä on tarkoitus säätää valtioneuvoston asetuksella. Neuvottelukunta voisi asettaa jaostoja esimerkiksi kansanterveystyötä, perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoitoa, vanhustyötä sekä lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kehittämistä varten. Terveystieteiden neuvottelukunnan on tarkoitus korvata nykyiset neuvottelukunnat kuten esimerkiksi kansanterveyden neuvottelukunta ja lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta.

71 §. Tarkastusoikeus. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 42 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 51 §:ä.

72 §. Määräykset ja pakkokeinot. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 43 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 52 §:ä.

73 §. Huomautus. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 44 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 53 §:ä.

74 §. Kanteluasian vanhentuminen. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 45 §:ä ja erikoissairaanhoitolain 53 a §:ä.

75 §. Muutoksenhaku. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 47 ja 48 §:ä.

76 §. Tietojen antaminen viranomaiselle. Säännös vastaa nykyistä erikoissairaanhoitolain 58 §:ä.

9 luku.

Erinäisiä säännöksiä

77 §. Tasausjärjestelmä. Nykyisessä tasausmenettelyssä tasataan poikkeuksellisen suuria potilaskohtaisia kustannuksia. Erikoissairaanhoidon lain 56 a §:n mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiirikohtaisesti. Sairaanhoidopiireillä on ollut käytössä erilaisia tasausjärjestelmiä viimeisten 15 vuoden aikana. Tasausjärjestelmän tarve säilyy, vaikka kuntamäärä pienenee ja väestöltään pienten kuntien määrä vähenee. Vuoden 2012 jälkeenkin maassamme on useita kuntia, joiden väestömäärä on alle 50 000 asukkaan, jota rajaa usein pidetään kohtuullisen riittävänä satunnaisten suurten kustannusvaihtelujen sietämiseen.

Sairaanhoidopiirissä seurataan palvelujen käytön laskutusta kuntakohtaisesti myös tilanteessa, jossa lasku lähtisi yhteistoimintalueelle. Sairaanhoidopiiri ei lähetä tasausrajan ylittävää kustannuserää maksettavaksi yhteistoimintalueelle tai isolle kunnalle, olkoon tasausmenettely yksittäisen potilaan kustannusten tasaus tai vuositason kustannusten tasaus. Ylimenevä erä jää siis piiriin tasausmenettelyyn. Yhteistoimintalue on liian kapea sairaanhoidopiiriin palvelujen käytöstä syntyvien poikkeuksellisen suurten kustannusten tasaukseen. Yhteistoimintalue voi sopia omia vapaaehtoisia tasauskuvioita halutessaan.

Terveyspiirissä seurataan keskitetysti kuhunkin kuntaan kertyvää laskutusta, olkoon tasausmenettely yksittäisen potilaan kustannusten tasaus tai vuositason kustannusten tasaus. Tasausrajan ylittävä määrä siirtyy piiriin tasausmenettelyyn.

Ei liene juurikaan tarvetta perusterveydenhuollon mahdollisten suurehkojen kustannusten tasaamiseen lain velvoittamana. Tosin vuosien mittaan erittäin kalliit lääkehoidot jatkavat yleistymistään perusterveydenhuollossa.

Erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun mahdollinen siirto on ollut esillä viime vuosina useissa eri yhteyksissä. Jos valtio mak-

saisi palvelujen käytön kunnalle aiheuttamat poikkeuksellisen suuret kustannukset, palvelujen tuottajilla ja palvelujen järjestämisvastuussa olevilla kunnilla ei olisi kannustetta erityisemmin painottaa kustannusten hallintaa, koska olisi kolmas osapuoli kulujen maksajana. Siten tämän vaihtoehdon voi jättää huomiotta. Erikseen on valtiovarainministeriön myöntämät harkinnanvaraiset valtionavustukset.

78 §. Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet. 1 momentti. Lastensuojelulain uudistuksessa lisättiin kansanterveyslakiin uusi 14 b § ja 24 §:n 2 momentti sekä erikoissairaanhoidolakiin 30 a § ja 42 §:n 3 momentti. Lastensuojelulaki ja muutokset kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tulivat voimaan tammikuun 1 päivänä 2008. Eesityksen säännös vastaa sisällöltään nykyisiä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain säännöksiä. Lastensuojelullisia toimenpiteitä ovat lastensuojelulain 37 §:n mukainen avohuollon tukitoimen sijoittaminen, lastensuojelulain 49 §:n mukainen sijaishuoltoon sijoitettuna oleminen sekä lastensuojelulain 75 §:n mukainen jälkihuollossa oleminen. Sijoituskunnan on järjestettävä kyseisten lastensuojelullisten toimenpiteiden kohteena olevalle lapselle tai nuorelle tämän tarvitsemat kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon kuuluvat palvelut. Kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon kuuluvilla palveluilla tarkoitetaan samoja terveyspalveluja, jotka olisivat lapsen tai nuoren käytettävissä, mikäli hän olisi sijoituskunnan asukas. Terveyspalvelut on järjestettävä yhteistyössä sijoittajakunnan terveyskeskuksen kanssa silloin, kun yhteistyö on lapsen tai nuoren edun mukaista. Säännöksen tavoitteena on turvata lapselle tai nuorelle riittävät terveyspalvelut.

2 momentti. Säännöksen tarkoituksena on, että sijoituskunta saa kaikista järjestämistään terveydenhoitopalveluista korvauksen ensisijaisesti järjestämis- ja kustannusvastuussa olevalta kunnalta. Korvauksen ulkopuolelle jäisivät kuitenkin sellaiset käytännössä vähäisiä kustannuksia aiheuttavat palvelut kuten satunnaiset käynnit terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidon palveluja järjestäneellä terveys- tai sairaanhoidopiirillä on oikeus saada korvausta palvelujen aiheuttamista kustannuksista. Korvausta on velvollinen

maksamaan se terveys- tai sairaanhoitopiiri, johon sijoittajakunta kuuluu.

79 §. Puolustusvoimien terveydenhuolto. Säännös vastaa sisällöltään kansanterveystyön 24 §:ää ja erikoissairaanhoitolain 15 §:n 2 momentin säännöksiä. Säännökset tulivat voimaan 1 päivänä tammikuuta 2006. Puolustusvoimien on erityisolosuhteissa kyettävä viivytyksettä ja asiantuntemuksella tarjoamaan terveydenhuoltopalvelut sen terveydenhuoltovastuulla oleville. Samalla on otettava huomioon yhteistoimintamahdollisuudet puolustusvoimien järjestämän ja yhteiskunnan muun terveydenhuollon välillä. Puolustusvoimien terveydenhuoltojärjestelmällä on joitakin erityispiirteitä.

Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla on ensisijaisesti nuoria, joiden perusterveystila on todettu hyväksi. Varusmiespalvelus on sekä fyysisesti että psyykkisesti ajoittain varsin rasittavaa. Rasitus saattaa laukaista sairauksia, jotka muuten eivät ilmeneisi. Varusmiesten palveluskelpoisuusluokan vahvistamisen on tapahduttava mahdollisimman pian palvelukseen astumisen jälkeen, mikä aiheuttaa vuosittain kuormitushuippuja sekä perustason sairaanhoitoon että erikoissairaanhoitoon. Tiivis asuminen kasarmeilla mahdollistaa epidemioiden leviämisen, mistä myös aiheutuu hoidon kuormitushuippuja. Laajat epidemiat lisäävät myös vakavien komplikaatioiden määrää. Erikoissairaanhoidossa tutkimuspotilaiden osuus on suurempi ja sairauden vuoksi hoidettavien osuus pienempi kuin muutoin julkisen sektorin terveydenhuollossa.

Potilaiden hoitoisuusaste on alhainen. Varuskunnissa toiminta painottuu polikliiniseen työhön. Terveystarkastuksia on runsaasti. Sairaalanottokynnys on kuitenkin huomattavasti alhaisempi kuin muualla julkisella sektorilla.

80 §. Puolustusvoimien korvaus. Säännös vastaa kansanterveystyön 25 §:n ja erikoissairaanhoitolain 43 b §:n säännöksiä.

81 §. Laitoshoidon määrittely. Säännös vastaa sisällöltään erikoissairaanhoitolain 35 a §:n säännöstä.

82 §. Lääkehoito. Lääkehuolto on olennainen osa terveydenhuoltojärjestelmäämme. Avohoidossa potilaalla on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus sairau-

den hoidosta aiheutuneista tarpeellisen lääkehoidon kustannuksista. Sairausvakuutuksesta ei kuitenkaan korvata kunnallisessa terveydenhuollossa potilaalle hoidon yhteydessä annettuja lääkkeitä, koska lääkkeet ovat osa hoitoa ja niiden hankinnasta aiheutuvat kustannukset kuuluvat hoitoyksikölle. On kuitenkin tilanteita, joissa näistä pääperiaatteista poiketaan. Nämä tilanteet eivät kuitenkaan ole käytännössä täysin selviä. Lääkkeistä ei voi periä eri maksua laitoshoitossa, tämä on todettu muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 5 §:n 1 kohdassa (kansanterveystyössä hoitoon kuuluvat aineet) ja 5 §:n 4 kohdassa (tartuntatautien hoidossa käytettävät lääkkeet). Sairausvakuutus ei korvaa näitä julkisen terveydenhuollon vastuulle kuuluvia lääkkeitä.

Läkelain (395/1987) 66 §:n mukaan vuodeosastolta poistettavalle tai poliklinikalla käyneelle potilaalle voidaan luovuttaa lääkkeitä, jotka tarvitaan hoidon keskeytymätöntä jatkamista varten, kunnes potilas voi saada ne apteekista. Läkelaitos on antanut lääkkeen luovutusta koskevan ohjeen (ohje nro 1 / 1997, Lääkkeen luovuttaminen sairaalapteekista ja lääkekeskuksesta terveydenhuoltoyksikön potilaalle tai muulle asiakkaalle eräissä tapauksissa). Hoidon keskeytymätöntä jatkamista varten tarvittavien lääkkeiden lisäksi laitos voi luovuttaa korvauksetta osastolta kotiutuvalle potilaalle yksittäisen ja jo aloitetun lääkepakkauksen, joka on hankittu juuri tätä potilasta varten ja jota ei lääkkeen antotavan vuoksi voi käyttää muille potilaille (esimerkiksi keuhkoihin inhaloitavat lääkkeet).

Laitoshoitoon sisältyvät kaikki tutkimuksessa ja hoidossa käytettävät lääkkeet. Potilasta ei voi velvoittaa käyttämään omia lääkkeitä lyhyessäkin laitoshoitossa, koska potilaalta perittävään hoitomaksuun sisältyy myös lääkehoito. Tämä merkitsee, että laitoksen on hankittava kaikki hoidossa tarvittavat lääkkeet eikä potilasta tule pyytää hankkimaan lääkkeitä apteekista hoitojaksoa varten. Elleivät laitoshoitossa olevan potilaan tarvitsemat lääkkeet sisälly laitoksen tavanomaiseen lääkevalikoimaan, laitoksen tulee hankkia lääkkeitä tai hoidossa tulee lääkärin harkinnan mukaan käyttää muuta poti-

laalle soveltuva lääkitystä.

Poikkeuksellisesti potilaan näin toivoessa ja laitoksen lääkärin määräyksellä voidaan lyhytaikaisessa laitoshoidossa väliaikaisesti käyttää potilaan vakinaisia omia lääkkeitä, kunnes laitos pystyy hankkimaan potilaalle soveltuvia lääkevalmisteita. Jos potilas ei suostu käyttämään laitoksen lääkevalikoimaan kuuluvaa, hänelle soveltuva lääkettä ja lääkehoito kuitenkin on tarpeellinen, tulee hoitavan lääkärin kertoa potilaalle rinnakkaisvalmisteiden eroista. Ellei potilas tämän jälkeenkään halua laitoksesta annettavaa lääkettä, tulee hänelle todeta, että hän joutuu kustantamaan kyseisen lääkehoidon kokonaan itse, koska lääkekustannuksia ei korvata sairausvakuutuksesta laitoshoidon ajalta.

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi potilaan omien lääkkeiden säilyttämisessä ja annostelussa tulee noudattaa samoja menettelyitä kuin muiden laitoksessa käytettävien lääkkeiden. Potilaan omia lääkkeitä ei kuitenkaan saa säilyttää yhdessä laitoksen lääkkeiden kanssa.

Sairaalan tai terveyskeskuksen polikliniiseen hoitotapahtumaan liittyvät lääkkeet sisältyvät hoitoon eli niistä vastaa julkinen terveydenhuolto. Muut avohoidossa käytettävät lääkkeet potilas hankkii avohoidon apteekista ja niistä voidaan suorittaa sairausvakuutuskorvausta sairausvakuutuslain mukaisesti.

83 §. Tartuntataudit. Säännös vastaa nykyistä lainsäädäntöä. Tartuntatautilaissa säädetään tartuntatautien vastustamistyön järjestämisestä.

84 §. Asiakasmaksut. Säännös vastaa sisälöltään nykyisen kansanterveyslain 21 §:n ja erikoissairaanhoitolain 37 §:n säännöksiä.

85 §. Viivästyskorko. Säännös vastaa sisälöltään nykyisen kansanterveyslain 28 a §:n ja erikoissairaanhoitolain 44 a §:n säännöksiä.

86 §. Voimaantulo ja siirtymäsäännökset. Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan porrastetusti vuosina 2010 – 2013.

87 §. Kumottavat säännökset. Tämä laki kumoo kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain voimaantulonsa mukaisesti porrastetusti. Kansanterveyslaista ja erikoissairaanhoitolaista kumoutuvat säännökset sen mukaan, miten tämä laki tulee voimaan.

2. Tarkemmat säännökset ja määräykset

Ehdotetun lain useissa eri säännöksissä on annettu valtioneuvostolle tai sosiaali- ja terveysministeriölle asetuksenantovaltuus lakia yksityiskohtaisempien säännösten antamiseksi. Ehdotuksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa 11 §:n kansanterveyshuollon yhteistyösuunnitelmasta ja 12 §:n erikoissairaanhoitojärjestämissopimuksesta tarkempia säännöksiä niiden laatimisesta ja sisällöstä. Ehdotuksen 44 §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä lähipalvelujen sisällöstä ja määrästä sekä terveydentilan toteutamisesta varten tarpeellisesta erikoistutkimuksesta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa myös tarkempia säännöksiä 48, 51, 53, 64, 70, 71 §:n perusteella. Myös ensihoitokeskuksen tehtävistä säädetäisiin tarkemmin valtioneuvoston (tai sosiaali- ja terveysministeriön) asetuksella. Ehdotuksessa on myös asetuksenantovaltuus sosiaali- ja terveysministeriölle seuraavien säännösten kohdalla; 19, 23, 67, 77 §.

3. Voimaantulo

Ehdotetaan että laki tulisi voimaan asteittain.

4. Säättämisjärjestys

Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolaikiin sisältyy jo nykyisellään kunnalle ja kuntayhtymille säädettyjä velvoitteita järjestää terveyspalveluja asukkailleen. Ehdotettu terveydenhuoltolaki ei loukkaa perustuslaissa säädettyjä perusoikeuksia eikä kunnallista itsehallintoa siten, että se rajoittaisi kuntalaisille kuuluvaa oikeutta päättää kuntansa hallinnosta ja taloudesta. Työryhmä pitää kuitenkin suotavana, että asian periaatteellisen merkityksen vuoksi pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Edellä esitetyn perusteella annetaan Eduskunnan hyväksyttäväksi seuraava lakiehdotus:

Laki

terveydenhuollosta

1 luku

Yleiset säännökset

1 §

Soveltamisala

Tässä laissa säädetään kunnan järjestämistä vastuun piirissä olevasta terveydenhuollosta ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä ellei laissa ole erityisesti toisin säädetty.

Tämä laki ei koske Ahvenanmaan maakuntaa Ahvenanmaan itsehallinnosta annetun lain (1144/1991) 18 §:n 12 kohdan perusteella, ellei tässä laissa erikseen toisin säädetä.

2 §

Lain tarkoitus

Lain tarkoituksena on

- 1) edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta
- 2) kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja
- 3) vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja tarpeenmukaisuutta
- 4) edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta
- 5) luoda edellytykset toimivalle ja eheälle palvelurakenteelle vahvistamalla perusterveydenhuoltoa ja edistämällä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta ja alueellista yhteistyötä.

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *Kansanterveysystyöllä* suunnitelmallista yksilöön, väestöön ja elinympäristöön koh-

distuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä sairauden tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia perusterveydenhuollon palveluja ja työterveyshuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palveluja;

2) *Perusterveydenhuollolla* väestön terveydentilan seuranta, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä potilaan hoidon kokonaisuuden koordinoimista. Perusterveydenhuoltoon kuuluu ennaltaehkäisevät palvelut, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä avosairaanhoito, kotisairaanhoito ja sairaalahoito.

3) *Terveyden edistämisellä* toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistäminen on myös suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyteen ja vaikuttamista terveyden taustatekijöihin.

4) *Erikoissairaanhoidolla* lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoito jakautuu perustason erikoissairaanhoidon, vaativaan erikoissairaanhoidon ja erityistason erikoissairaanhoidon.

5) *Erityistason sairaanhoidolla* erikoissairaanhoitoa, joka sairauden harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi säädetty;

6) *Yhteistoiminta-alueella* kuntaa tai kuntayhtymää, joka kuntien yhteistoimintasopimuksen perusteella vastaa kansanterveys-

työstä ja kuntien sille siirtämistä muista tehtävistä;

7) *Terveyspiirillä* kuntayhtymää, joka vastaa kansanterveystyöstä, erikoissairaanhoidosta ja kuntien sille mahdollisesti antamista muista tehtävistä;

8) *Sairaanhoitopiirillä* kuntayhtymää, joka vastaa erikoissairaanhoidosta ja kuntien sille mahdollisesti antamista muista tehtävistä.

9) *Yliopistollisella sairaanhoitopiirillä* sairaanhoitopiiriä, jonka alueella on yliopistollinen sairaala.

10) *Erityisvastuualueella* valtioneuvoston määräämää sellaista yhteistyöaluetta, joka vastaa alueensa erityistason sairaanhoidosta ja erikoissairaanhoidosta järjestämissopimuksen mukaisesti;

11) *Kunnan, yhteistoiminta-alueen ja kuntayhtymän asukkaalla* henkilöä, jolla on kunnassa, kuntayhtymän jäsenkunnassa tai yhteistoiminta-alueeseen kuuluvassa kunnassa kotikuntalain (201/1994) mukainen kotikunta;

12) *Sosiaalihuollolla* sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.

2 Luku

Terveystenhuollon palvelujen järjestäminen

4 §

Kunnan vastuu

Kunta vastaa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä, rahoituksesta ja kehittämisestä sen mukaan kuin tässä tai muussa laissa säädetään.

Kunta päättää siitä, kuinka kansanterveystyöhön kuuluvat palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan asukkaiden terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu sekä lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu tarve edellyttävät.

Kansanterveystyön järjestämiseksi kunta voi kuulua yhteistoiminta-alueeseen tai terveyspiiriin kuntayhtymään. Kunta voi hoitaa

ympäristöterveydenhuollon tai työterveys- huollon tehtävät muullakin tavalla itse tai alueellisesti yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa.

Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään tai terveyspiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirejä ja terveyspiirejä voi olla yhteensä enintään 20.

Kunta vastaa yhteistoiminta-alueen, terveyspiiriin tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän rahoituksesta, nimeää yhteistoimintasopimuksen tai perussopimuksen mukaan jäseniä yhteistoiminta-alueen yhteiseen toimielimeen tai kuntayhtymän kuntalain (365/1995) 81 §:n 1 momentissa tarkoitettuun ylimpään toimielimeen.

5 §

Yhteistoiminta-alue

Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka vastaa kansanterveystyöstä on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Yhteistoiminta-alueen tulee muodostaa alueellinen ja palvelurakenteeltaan toiminnallinen kokonaisuus.

Yhteistoiminta-alueen muodostamiselle 1 momentissa säädetyistä edellytyksistä voidaan poiketa, jos:

1) toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristaisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole 1 momentissa säädetyllä tavalla mahdollista,

2) toiminnallista kokonaisuutta ei saada muodostettua ottaen huomioon työssäkäyntialue tai muiden kuntien perustamat yhteistoiminta-alueet, joihin kunnan suunnitelmat eivät ole yhteensovitettavissa,

3) se on tarpeen suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi tai

4) se on tarpeen saamelaisien kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Yhteistoiminta-alueen perustamiseksi kuntien tulee sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan kuntalain 76 §:n 2 momentin mukaisesti alueen yhden kunnan hoidettavaksi, jolloin tehtävien hoitamista varten perustetaan kuntalain 77 §:ssä tarkoitettu alueen kuntien yhteinen toimielin, tai että yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayh-

tymä. Jos tehtävä on annettu yhteistoiminta-alueen tehtäväksi, sen hoidettavaksi on annettava myös kansanterveystyötä koskevien muiden lakien mukaiset tehtävät.

Jos kunta ei täytä yhteistoiminta-alueen muodostamiselle tässä pykälässä säädettyjä edellytyksiä, valtioneuvosto voi velvoittaa kyseisen kunnan muodostamaan yhteistoiminta-alueen muun kunnan tai kuntien kanssa siten, että ne täyttävät yhdessä 1 - 3 momentissa säädetty edellytykset. Valtioneuvoston on ennen päätöstä kuultava asianomaisia kuntia.

6 §

Yhteistoiminta-alueen vastuu

Jos kunta on yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa perustanut yhteistoiminta-alueen, vastaa yhteistoiminta-alue kansanterveystyöstä. Yhteistoiminta-alue vastaa palvelujen järjestämisestä yhdenvertaisesti koko alueellaan sekä siitä, kuinka terveydenhuoltoon kuuluvat palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunta-laisten terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu sekä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu tarve edellyttävät.

7 §

Terveyspiiri ¹

Kunnat voivat muodostaa yhteistoiminta-alueen sijasta terveyspiirin kuntayhtymän (*terveyspiiri*). Terveyspiiri vastaa kansanter-

veystyöstä sekä jäljempänä 12 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitusta erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon kokonaisuuden järjestämiseksi terveyspiiriin tulee kuulua erityisvastuualueeseen.

Terveyspiiriin tulee muodostaa terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus ja alueen tulee maantieteellisesti muodostaa eheä kokonaisuus. Terveyspiiriin muodostaminen ei saa vaarantaa muiden alueen kuntien mahdollisuutta muodostaa alueellisesti eheää ja toimivaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Terveyspiiriin on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti koko toiminta-alueellaan. Terveyspiiri vastaa, että terveydenhuoltoon kuuluvat palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin terveyspiirissä esiintyvä väestön terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden perusteella arvioitu, lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu tarve edellyttävät.

Terveyspiiriin tulee sille kuuluvia, erityisesti perusterveydenhuollon tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalihuollon kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Terveyspiiriin alueesta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta sovitaan kuntayhtymän perussopimuksessa. Jos kunnat eivät pääse sopimukseen terveyspiiristä tai ne eivät täytä terveyspiiriin muodostamiselle 1 - 3 momentissa säädettyjä edellytyksiä, valtioneuvoston tulee määrätä, mitkä kunnat muodostavat terveyspiiriin ja sen yhteistoiminnan ehdot. Valtioneuvoston on ennen päätöstä kuultava asianomaisia kuntia.

¹ HUOM! Terveydenhuoltolakiyöryhmän toimeksiannon mukaan työryhmän ehdotuksessa on käytetty käsitteitä terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri, koska työryhmän ehdotus koskee pelkästään terveydenhuoltoa.

8 §

Sairaanhoitopiiri¹ (laajan väestöpohjan kuntayhtymä)

Kuntien, jotka eivät kuulu 7 §:ssä tarkoitettuun terveyspiiriin, tulee kuulua erikoissairaanhoidon järjestämiseksi erikoissairaanhoidon kuntayhtymään¹ (*sairaanhoitopiiri*). Sairaanhoitopiirin alueesta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta sovitaan kuntayhtymän perussopimuksessa.

Sairaanhoitopiirissä tulee olla vähintään noin 150 000 asukasta. Saman yhteistoiminta-alueen kuntien tulee kuulua samaan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiri voi jakautua sairaanhoitoalueisiin siten kuin kuntayhtymän perussopimuksessa määrätään.

Sairaanhoitopiiri vastaa erikoissairaanhoidosta. Vastuu potilaan hoidosta siirtyy lähteen tai kiireellisen erikoissairaanhoitoon hakeutumisen perusteella sairaanhoitopiirille. Sairaanhoitopiiri ja kansanterveystyöstä vastaava kunta tai yhteistoiminta-alueen kunnat voivat sopia, että kunta tai yhteistoiminta-alue vastaa sopimuksen mukaisesta perustason erikoissairaanhoidosta.

Sairaanhoitopiiriin on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti koko toiminta-alueellaan. Sairaanhoitopiiri vastaa, että erikoissairaanhoitoon kuuluvat palvelut järjestetään sisälöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu sekä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu tarve edellyttävät.

Jos kunnat eivät pääse sopimukseen sairaanhoitopiiristä tai sen yhteistoiminnan ehdoista, valtioneuvoston tulee määrätä, mitkä kunnat muodostavat sairaanhoitopiiriin ja sen yhteistoiminnan ehdot. Valtioneuvoston on ennen päätöstä kuultava asianomaisia kuntia.

9 §

Erityisvastuualueet

Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan erityisvastuualueisiin. Erityisvastuualueella tulee olla yliopistolli-

nen sairaala. Valtioneuvoston asetuksella säädetään, mitkä terveyspiirit ja sairaanhoitopiirit kuuluvat kuhunkin erityisvastuualueeseen. Valtioneuvoston on ennen päätöstä kuultava terveyspiirejä ja sairaanhoitopiirejä.

Erityisvastuualueella toimivassa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla yhteistoimintaelin. Yhteistoimintaelimessä on edustus kustakin erityisvastuualueen sairaanhoitopiiristä, terveyspiiristä ja yliopistollisen sairaalan sijaintikunnasta.

Yhteistoimintaelimen kokoonpanosta, tehtävistä, päätöksenteosta ja kustannustenjaosta sovitaan yksityiskohtaisemmin erityisvastuualueen yhteistoimintasopimuksessa. Yhteistoimintasopimukseen sovelletaan soveltuvin osin, mitä säädetään kuntayhtymän perussopimuksesta kuntalain 78 §:ssä.

Yhteistoimintaelin tekee ehdotuksen jäljempänä 10 §:ssä tarkoitetusta erityisvastuualueiden työnjaosta 70 §:ssä tarkoitetulle terveydenhuollon neuvottelukunnalle sekä valmistelee 12 §:ssä tarkoitetun erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ja tekee muut sille määrätty tehtävät.

10 §

Erityisvastuualueiden valtakunnalliset tehtävät ja työnjako

Erityisvastuualueiden välisellä työnjaolla turvataan erityistason sairaanhoito, kun hoidon keskittäminen vain yhteen tai joihinkin yliopistollisiin sairaaloihin on lääketieteellisistä tai toiminnallisista syistä tarkoituksenmukaista. Keskittämisen tulee olla yhdenmukaista kaikilla erityisvastuualueilla ja edistää erityistason sairaanhoidon laatua, potilasturvallisuutta ja vaikuttavuutta.

Jäljempänä 70 §:ssä tarkoitettu terveydenhuollon neuvottelukunta tekee ehdotuksen erityistason sairaanhoidon valtakunnallisesta keskittämisestä ja voi antaa suosituksia muiden erityisvastuualueille yhteisesti annettujen tehtävien hoitamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö päättää erityistason sairaanhoidon valtakunnallisesta keskittämisestä. Keskittämisen tarkoituksenmukaisuus tulee tarkistaa vähintään valtuustokausittain.

11 §

Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma

Samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien sekä sen alueella toimivien yhteistoiminta-alueiden on laadittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa kansanterveystyön palvelujen yhteistyösuunnitelma (*kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma*), joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin. Terveyspiirin tulee yhdessä alueensa kuntien kanssa laatia vastaava kansanterveystyön palvelujen yhteistyösuunnitelma.

Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelmasa tulee sopia kuntien, yhteistoiminta-alueiden tai terveystyön yhteistyöstä, perusterveydenhuollon järjestämisestä lähipalveluina, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman laatimisesta ja tarkemmasta sisällöstä.

Kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma hyväksytään sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntien sekä jäsenkuntien perustamien yhteistoiminta-alueiden tai terveystyön ja sen jäsenkuntien yhtäpitävin päätöksin. Jos osapuolet eivät pääse yksimielisyyteen kansanterveystyön yhteistyösuunnitelmasta, suunnitelman hyväksyminen edellyttää, että kuntien enemmistö on hyväksynyt suunnitelman.

Suunnitelma laaditaan valtuustokausittain. Suunnitelman toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä sairaanhoitopiiriin kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sekä terveystyön kuntien kanssa sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

12 §

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus

Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämissopimuksen (*erikoissairaanhoidon järjestämissopimus*) valmistelee 9 §:ssä tarkoitettu erityisvastuualueen yhteistoimintaelin.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueen, terveystyön ja sairaanhoitopiirien erikoissai-

raanhoitoa koskevasta työnjaosta. Työnjaossa tulee ottaa huomioon, että erikoissairaanhoidon järjestämiseen on kussakin erikoissairaanhoidon järjestävässä yksikössä riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen ja että työnjako edistää terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta sekä vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava terveys- ja sairaanhoitopiirin työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotosta. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen sisällöstä ja sopimuksen tekemisestä.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus hyväksytään sairaanhoitopiirien ja terveystyön kuntalain 81 §:n 1 momentissa tarkoitettussa toimielimessä. Jos osapuolet eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos erikoissairaanhoidon järjestämissopimus ei täytä 2 momentissa tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Erityisvastuualue vastaa sopimuksen laatimisesta valtuustokausittain. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien, terveystyön ja sairaanhoitopiirien kanssa sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

13 §

Palvelujen tuottaminen

Kunta, yhteistoiminta-alue, terveystyö tai sairaanhoitopiiri voi tuottaa terveydenhuollon alaan kuuluvat palvelut seuraavasti:

- 1) tuottamalla itse,
- 2) sopimuksin yhdessä kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveystyön tai sairaanhoitopiirin kanssa,
- 3) olemalla jäsenenä palveluja tuottavassa kuntayhtymässä,
- 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, taikka
- 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palveluseteli, jolla se sitoutuu maksamaan palve-

lun käyttäjän palvelusetelin antajan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut palvelusetelin antajan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Jos terveyspalveluja hankitaan toisesta terveydenhuollon toimintayksiköstä tai ammatinharjoittajalta, hankinnassa tulee noudattaa jäljempänä 19 §:n 1 momentissa mainittuja perusteita.

14 §

Terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottaminen (tilaaja-tuottaja-malli)

Kunta, yhteistoiminta-alue tai kuntayhtymä voi palvelun järjestämismallista riippumatta, erottaa palvelujen järjestämisen ja palvelujen tuottamisen toisistaan (tilaaja-tuottaja-malli).

15 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö

Kunnan tai kuntayhtymän järjestäessä tämän lain mukaisia terveydenhuoltopalveluja, pitää niiden olla alueensa kuntien sosiaalihuollon kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen edellyttää.

16 §

Terveyspalvelujen toimintaedellytykset

Terveyspalvelujen toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän käytettävissä tulee olla riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Eri ammattihenkilöstöryhmiä varten tulee olla riittävä määrä ammatillisissa johtamis- ja asiantuntijatehtävissä henkilöitä, jotka vastaavat kehittämis- ja tutkimustoiminnan johtamisesta ja ohjaamisesta sekä henkilöstön täydennyskoulutuksen ja opiskelijoiden harjoittelun järjestämisestä.

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän henkilöstörakenteen ja määrän tulee vastata alueen terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Terveyspalvelujen toimintoja varten kun-

nalla, kuntayhtymällä tai yhteistoiminta-alueella tulee olla käytettävissä asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

17 §

Terveys- ja hyvinvoinnin edistäminen

Kunnan tulee seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa.

Kunnan tai useamman kunnan yhdessä on osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä laadittava kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sekä terveysongelmia ehkäiseviä toimia ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista suunnitelma, joka hyväksytään kunkin kunnan kunnanvaltuustossa ja tarkistetaan vähintään kerran neljässä vuodessa. Suunnitelman toteutus tulee kytkeä osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua ja päätöksentekoa. Suunnitelman seuranta tulee kytkeä osaksi kunnan kokonaisvaltaisia arviointi- ja seurantajärjestelmiä.

Kunnassa tulee sopia poikkihallinnollisesta yhteistyöstä sekä yhteistyöstä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi muiden viranomaisten sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluja tuottavien yhteisöjen ja laitosten välillä. Mikäli sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, tulee sopia yhteistyöstä peruskunnan muiden hallinnonalojen kanssa.

18 §

Yhtenäiset lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset hoidon perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden laatimista. Terveyspiirin, sairaanhoitopiirin ja erityisvastuualueen tulee seurata ja valvoa yhdessä sen alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäiset hoidon perusteet toteutuvat.

19 §

Laatu ja potilasturvallisuus

Terveystieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa. Terveystieteellisesti toiminnan on oltava laadukasta ja turvallista.

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän tulee laatia laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelma. Suunnitelman sisällöstä, toimeenpanosta ja seurannasta säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

20 §

Terveystieteellisten palvelujen kieli

Yksikielisen kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksen tai sairaalan terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaamiseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Kaksikielisen kunnan taikka kaksikielisiä tai sekä suomen- ja ruotsinkielisiä kuntia käsittelevän kuntayhtymän terveyskeskuksen tai sairaalan terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän molemmilla kielillä siten, että potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi.

21 §

Pohjoismaiden kansalaisten terveydenhuoltopalvelujen kieli

Kunnan tai kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai kuntayhtymän on tällöin mahdol-

lisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

22 §

Saamelaisten kielelliset oikeudet

Terveystieteellisesti sovelletaan soveltuvin osin saamen kielilakia (1086/2003).

23 §

Täydennyskoulutusvelvoite

Kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon henkilöstö osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutukseen vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

24 §

Potilastietojen käsittely

Sairaanhoitopiirin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuollon potilastietorekisterin.

Terveystieteellisesti potilasasiakirjarekisterin rekisterinpitäjänä ovat ne terveydenhuollon palvelujen antajat, jotka ovat järjestämisvastuussa kyseisen kunnan asukkaiden terveydenhuoltoon kuuluvasta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Sairaanhoitopiiri vastaa rekisterinpidon ja potilasrekisterin käytön valvonnan koordinoitavista alueellaan.

Edellä 1 momentissa tarkoitetun terveydenhuollon potilastietorekisterin rekisterinpitäjien palveluksessa olevat saavat käsitellä salassapitosäännösten estämättä potilasrekisterin tietoja siinä laajuudessa, kuin heidän työtehtävänsä sitä edellyttävät siten kuin po-

tilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) tai muussa laissa säädetään.

25 §

Kunnan vastaava toimielin

Terveystoiminnan toimeenpanoon tämän lain mukaan kuuluvista tehtävistä sekä niistä tehtävistä, jotka muussa laissa säädetään terveyslautakunnan tai terveydenhoitolautakunnan taikka muun vastaavan toimielimen tehtäväksi, huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin.

Yhteistoiminta-alueen ja terveyspiirin hallinnosta on voimassa mitä säädetään tämän lain 5 ja 7 §:ssä.

26 §

Toimielimen tiedonsaantioikeus

Edellä 25 §:n 1 momentissa tarkoitettulla toimielimellä on oikeus saada tehtävänsä hoitamista varten tarvitsemiaan tietoja valtion ja kunnallisilta viranomaisilta.

Mikäli kunta tuottaa alueella sijaitsevilla työ- ja toimintapaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa sääöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja toimielimellä on oikeus saada tehtävänsä hoitamista varten tarvitsemiaan tietoja työnantajalta.

27 §

Tarkastusoikeus

Edellä 25 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen alaisella viranhaltijalla on oikeus suorittaa toimialaansa kuuluvia tarkastuksia siellä, missä on perusteltua aihetta epäillä ilmenevän terveydellistä vaaraa tai haittaa. Asunnontarkastuksesta säädetään kuitenkin erikseen.

3 luku

Lähipalvelut

28 §

Terveysneuvonta ja terveystarkastukset

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää asukkaiden terveyden edistämiseksi tarpeellinen terveysneuvonta ja terveystarkastukset, mukaan lukien työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien ja iäkkäiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset.

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää terveyden, työ- ja toimintakyvyn sekä mielenterveyden edistämiseksi tarpeellisia terveysneuvontapalveluja, mukaan lukien ehkäisyneuvonta. Terveystä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä valintoja tukeva terveysneuvonta sisällytetään kaikkiin kansanterveystyön palveluihin, mukaan lukien sairaanhoitoon.

29 §

Neuvolapalvelut

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut, joihin sisältyvät terveen kasvun ja kehityksen seuraaminen ja edistäminen, vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen, kasvu- ja kehitysympäristön ja elintapojen terveellisyyden edistäminen sekä erityistukea tai tutkimuksia tarvitsevien varhainen tunnistaminen, tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen. Neuvolapalvelut tulee järjestää yhteistyössä muiden kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin alueella lapsiperhetyötä tekevien kanssa.

30 §

Kouluterveydenhuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää kouluterveydenhuollon palvelut, johon sisältyvät alueella sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilai-

tosten kouluyhteisön terveellisyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen suun terveydenhuolto mukaan lukien, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus. Myös oppilaan työharjoitteluajan terveydenhuolto sisältyy kouluterveydenhuoltoon.

Kouluterveydenhuolto kuuluu osaltaan perusopetuslain (628/1998) 31 a §:n 2 momentin mukaisesti oppilashuollon palveluihin. Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua perusopetuslain 15 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin, kun se koskee oppilas- tai opiskelijahuoltoa sekä koulun tai oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä.

Jos kouluterveydenhuollon piiriin kuuluvalla oppilaalla, joka ei ole terveyskeskusta ylläpitävän kunnan asukas, on hankittu erikoistutkimus, on sen terveyskeskuksen, jota oppilaan asuin- ja kotikunta ylläpitää, suoritettava terveyskeskukselle korvaus tutkimuksesta, mukaan luettuna lääkärin tai erikoislääkärin määräämät laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimukset samoin kuin oppilaan ja mahdollisesti tarvittujen saattajien matkasta aiheutuneet kohtuulliset kustannukset.

31 §

Opiskeluterveydenhuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää opiskeluterveydenhuollon palvelut alueella sijaitsevilla oppilaitoksissa oleville opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta.

Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu opiskelu ympäristön terveellisyden ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen, mielenterveyspalvelujen ja suun terveydenhuolto mukaan lukien, järjestäminen opiskelijoille, sekä omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen. Myös opiskelijan työharjoitteluajan terveydenhuolto sisältyy opiskeluterveydenhuoltoon.

Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen

opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla.

Opiskelijan hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sen edellytyksiä lisäävä toiminta ovat osa ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (630/1998) 37 a §:n ja lukiolain (629/1998) 29 a §:n mukaista opiskelijahuoltoa. Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua lukiolain 11 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 14 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin, kun se koskee oppilas- tai opiskelijahuoltoa sekä koulun tai oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä.

32 §

Työterveyshuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää kunnan alueella sijaitsevilla työ- ja toimipaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja.

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville tulee järjestää soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa.

Kunta, yhteistoiminta-alue tai terveyspiiri voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan terveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille ja yrittäjille sekä muille omaa työtään tekeville työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

33 §

Ympäristöterveydenhuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää ympäristöterveydenhuollon palvelut kunnan alueella.

Ympäristöterveydenhuollosta säädetään terveydensuojelulaissa (763/1994), elintarvikelaissa (23/2006), kemikaalilaissa (744/1989), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetussa laissa (693/1976), kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004) ja eläinlääkintähuoltolaissa (685/1990)

Ympäristöterveydenhuollon toiminnasta vastaavalla johtajalla on oltava alalle soveltuva korkeakoulututkinto. Johtajalla tulee olla myös riittävä kokemus ja asiantuntemus ympäristöterveydenhuollon toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä.

34 §

Mielenterveystyö

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitetut mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyön järjestämisessä samoin kuin mielentilan tutkimisessa sairaalassa on lisäksi noudatettava, mitä siitä on erikseen säädetty.

35 §

Päihdetyö

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää päihdehuoltolaissa (41/1986) tarkoitetut päihdehuollon palvelut, jotka on tarkoituksenmukaista järjestää osana kansanterveystyötä.

36 §

Seulonnat

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädetään.

37 §

Sairaanhoito

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää kunnan asukkaiden sai-

raanhoito, johon luetaan tutkimus, hoito, lääkinnällinen kuntoutus ja terveysneuvonta.

38 §

Suun terveydenhuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää suun terveydenhuollon palvelut, joihin sisältyvät väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito.

39 §

Lääkinnällinen kuntoutus

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat, apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus sekä edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Potilaan lääkinnällinen kuntoutus määritellään yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä on noudatettava, mitä kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetussa laissa (497/2003) säädetään.

40 §

Ohjaus muuhun kuntoutukseen

Jos henkilö tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä, kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työhallinto- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palvelujen piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.

Vastuunjako muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määritellään potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytapoista.

41 §

Todistukset

Kunta, yhteistoiminta-alue, terveystieteiden tai sairaanhoitopiiri on velvollinen huolehtimaan siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin taikka asukkaalla tai potilaalla hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen.

42 §

Virka-apu

Kunta, yhteistoiminta-alue tai terveystieteiden on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan poliisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen osalta.

Kunta, yhteistoiminta-alue tai terveystieteiden on lisäksi velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan vankeinhoito- viranomaisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen osalta vankeuslain (767/2005) 16 luvun 6 §:ssä ja tutkintavankeuslain (768/2005) 11 luvun 6 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa. Samoin kunta, yhteistoiminta-alue tai terveystieteiden on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin toimimaan lääkärinä asevelvollisten tarkastuksissa kutsuntaviranomaisten pyydettyä siitä 6 §:n 1 momentissa tarkoitettua toimielimeltä.

43 §

Merimiesten terveydenhuolto

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystieteiden piiriin, jonka tehtäväksi se valtioneuvoston asetuksella säädetään, tulee kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä:

1) ylläpitää merimiehille näiden kotipaikasta riippumatta merimiesterveyspalveluita, johon kuuluu merimiehen terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto; sekä

2) tuottaa merimiehille varustamon sijainnista riippumatta työnantajan järjestettäväksi työterveyspalveluin 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyspalveluita.

Merimiehellä tarkoitetaan henkilöä, johon sovelletaan merimiehen lääkärintarkastuksista ja lääkärin hyväksymisestä merimieslääkäriksi annettua lakia (/).

Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan kuuluu huolehtia 1 momentissa säädetyistä tehtävistä.

44 §

Asetuksenantovaltuus

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä terveysneuvonnan, terveystarkastusten, neuvolapalvelujen, kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon ja apuvälinepalvelujen sisällöstä ja määrästä sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellisesta erikoistutkimuksesta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Luku 4

Alueelliset palvelut

45 §

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Terveystieteiden ja sairaanhoitopiiri alueellaan vastaa erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyöstä kansanterveys-

työstä vastaavan kunnan tai yhteistoiminta-alueen kanssa suunnittelee ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi terveyspiirin ja sairaanhoitopiiriin tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Terveyspiirin ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi terveyspiirin ja sairaanhoitopiiriin tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Terveyspiiriin ja sairaanhoitopiiriin tulee myös huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen.

46 §

Perusterveydenhuollon yksikkö

Sairaanhoitopiirissä tulee olla perusterveydenhuollon yksikkö, joka vastaa alueen kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman laatimisesta 11 §:n mukaisesti. Perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi perusterveydenhuollossa tehtävää tieteellistä tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, alueellista täydennyskoulutusta ja huolehtii erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteensovittamisesta.

Terveyspiiri koordinoi perusterveydenhuollossa tehtävää tieteellistä tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, alueellista täydennyskoulutusta ja huolehtii erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteensovittamisesta.

47 §

Terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti

Sairaanhoitopiiriin tai terveyspiiriin tehtävänä on omalta osaltaan edistää terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta alueellaan sekä osana kaikkia erikoissairaanhoidon hoitoprosesseja että tarjoamalla asiantuntemusta ja tukea alueen kunnille alueellisessa suunnittelussa, järjestämällä koulutusta, koostamalla terveysseurantatietoja sekä levittämällä sairauksien ehkäisyä koskevia toimintamalleja ja toimintaohjelmia.

48 §

Opetusterveyskeskustoiminta

Opetusterveyskeskustoiminnalla luodaan ja ylläpidetään alueellinen yhteistyörakenne perusterveydenhuollon kehittämisen ja osaamisen edistämiseksi sekä alueellisen yhteistyön vahvistamiseksi ja tutkimustoiminnan turvaamiseksi.

Opetusterveyskeskuksen voivat muodostaa yhteistoiminta-alueen kunnat tai kuntayhtymät yhdessä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveystieteiden laitosten, maakunnan liittojen, lääninhallitusten, järjestöjen ja yritysten sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden toimivien eri tahojen kanssa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus tukee opetusterveyskeskustöä erityisesti tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnassa sekä tarpeen mukaan muidesakin opetusterveyskeskukselle tarkoitetuissa tehtävissä. Yliopiston lääketieteellisen, hammaslääketieteellisen ja terveystieteellisen koulutusyksikön opettaja tai ammattikorkeakoulun terveystieteiden opettaja voi toimia suositukseensa mukaisesti opetusterveyskeskuksen sivutoimisessa virassa.

Opetusterveyskeskustoiminnan tukemiseksi suoritetaan valtion varoista korvausta niihin kustannuksiin, jotka aiheutuvat vaativista asiantuntijapalveluista ja tutkimustoiminnasta.

Opetusterveyskeskuksen tehtävistä, hallinnon ja rahoituksen järjestämisestä säädetään tarkemmin valtioneuvoston/sosiaali- ja ter-

veysministeriön asetuksessa.

49 §

Opetusterveyskeskuksen täydennyskoulutus

Opetusterveyskeskusta voidaan käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen siten kuin korkeakoulun taikka koulutuksesta vastaavan muun viranomaisen tai yhteisön ja kunnan välillä sovitaan.

Opetusterveyskeskusta ylläpitävän kunnan kansanterveystyötä tekevä viranhaltija on velvollinen osallistumaan 1 momentissa tarkoitettun koulutuksen antamiseen siten kuin siitä on asianomaisen terveyskeskuksen ja koulutuksen järjestäjän välisessä sopimuksessa tarkemmin määrätty.

50 §

Terveydenhuollon alueellinen varautuminen ja valmiussuunnittelu

Terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri päättää yhteistyössä alueensa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden kanssa terveydenhuollon alueellisesta valmiudesta. Terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri on velvollinen laatimaan yhteistyössä alueensa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden kanssa terveydenhuollon alueellisen valmiussuunnitelman.

Valtio voi osallistua terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisestä syystä tarkoituksenmukaista. Toimintaa varten sosiaali- ja terveysministeriö voi nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisen toimijan.

51 §

Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalveluun sisältyy:

1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kul-

jettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;

2) psykososiaalisen tuen järjestäminen potilaalle, hänen läheisilleen ja tarvittaessa muille tapahtuman osallisille; sekä

3) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa.

Terveyspiirin tai sairaanhoitopiiriin tulee järjestää kattava ja tasapuolinen ensihoitopalvelu kiinteässä yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri laatii ensihoidon palvelutasomääritykset alueensa kuntia kuuluaan.

Terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri voi sopia ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen hälytettävissä olevan muun ajoneuvon kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja ajoneuvon henkilöstön antamaa hätäensiapua.

Ensihoitopalvelu on velvollinen antamaan virka-apua poliisille ja rajavartiolaitosviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Palvelutasomäärityksistä, ensihoitopalveluun osallistuvasta henkilöstöstä ja sen tehtävistä, ensivastetoiminnasta, ensihoitopalvelun ohjauksesta ja johtamisesta, terveyspiirin tai sairaanhoitopiiriin ja erityisvastuualueen vastuulääkäreiden toiminnasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

5 luku

Erityistason palvelut

52 §

Erityisvastuualueen tehtävät

Erityisvastuualueen tulee järjestää erityistason sairaanhoito vastuualueellaan sekä huo-

lehtia samaan sairaanhoidon vastuualueeseen kuuluvien kuntien, terveystieteiden tai sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa ja sairaanhoitoon kuuluvan tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestämisessä.

Erityisvastuualue vastaa alueensa täydennyskoulutuksesta sekä sopii työnjaosta terveystieteiden, sairaanhoitopiiriin ja yhteistoimintajärjestelmien välillä. Erityisvastuualue koordinoi ensihoito-, päivystys-, laboratorio- ja kuvantamispalveluja sekä hankintatoimen ja kuntoutuksen järjestämistä sekä vastaa 12 §:ssä mainitun erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen laatimisesta.

Erityisvastuualue sovittaa yhteen työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa yhdessä alueen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa. Yhteensovittamista varten erityisvastuualueen tulee luoda alueellinen yhteistyörakenne, jonka tulee tehdä yhteistyötä myös muiden työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa ennakoivien tahojen kanssa.

53 §

Ensihoitokeskus

Erityisvastuualueella on ensihoitokeskus, jonka tehtävänä on:

- 1) huolehtia alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä;
- 2) koordinoita lääkärihelikopteritoimintaa;
- 3) koordinoita alueensa kiireettömät potilaskuljetukset ja hoitolaitosten väliset potilassiirrot yhdessä terveystieteiden ja sairaanhoitopiirien kanssa; ja
- 4) vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista sekä viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta.

Ensihoitokeskuksen tehtävistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston/sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

6 luku

Hoitoon pääsy

54 §

Potilaan valinnanvapaus

Terveydenhuollon kiireettömiä palveluja varten potilaalla on oikeus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä tutkitaan. Henkilöllä, jonka työpaikka sijaitsee toisella erityisvastuualueella kuin kotikunta, on oikeus saada tarpeellisia terveydenhuollon kiireettömiä palveluja myös työssäkäyntialueellaan.

Kun hoidon tarve on tutkimuksella todettu, potilaalla on oikeus valita yhdessä hoitavan lääkärin kanssa se erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa hoito toteutetaan. Hoitopaikkaa valittaessa tulee varmistaa, että vastaanottava terveydenhuollon toimintayksikkö voi toteuttaa hoidon jäljempänä 56 ja 57 §:ssä säädetyissä enimmäisajoissa.

Potilaalle on annettava mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri kyseisen terveydenhuollon toimintayksikön lääkäreistä toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Potilaan jatkohoidossa hänet pitää ohjata aina, kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista, saman lääkärin hoitoon.

Potilaan oma tai hänen omaistensa hoitopaikkaa koskeva toivomus tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan. Erityistä huomiota tulee kiinnittää sairaalan ja potilaan kodin väliseen etäisyyteen ja potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään.

55 §

Kiireellinen hoito

Kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveystieteiden tai sairaanhoitopiiriin tulee järjestää kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää kotikunnan mukaiseen jatkohoitopaikkaan, kun

potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen jatkohoito on varmistettu.

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan, yhteistoiminta-alueen, terveyspiirin tai sairaanhoitopiirin tulee järjestää ympärivuorokautinen päivystys. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta sovitaan kansanterveystyön alueellisessa yhteistyösuunnitelmassa ja vaativan erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä kiireellisen hoidon ympärivuorokautinen laatu ja potilasturvallisuus.

Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista edellytyksistä voidaan tarvittaessa säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

56 §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveyskeskuksen ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä,

hoidollisista tai muista vastaavista perusteluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa annettava, lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

57 §

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy

Terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri vastaa siitä, että sekä kiireellisen että läheteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut terveys- tai sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia tulee arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut terveys- tai sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava jatkohoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

58 §

Palvelujen hankkiminen muualta

Jos kunta, yhteistoiminta-alue, terveystieteiden tai sairaanhoitopiiri ei voi itse antaa hoitoa 56 ja 57 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta tämän lain 13 §:n mukaisesti.

59 §

Odotusaikojen julkaiseminen

Terveystieteiden toimintayksikön tulee julkaista tiedot 56 ja 57 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein.

60 §

Ennakkolupa hoitoon hakeutumiseen ETA-alueella tai Sveitsiin

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi järjestää Suomessa 57 §:ssä tarkoitettua hoitoa säädetyissä enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan talousalueen jäsenvaltioon tai Sveitsiin. Ennakkolupaa myönnettäessä on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

Ennakkolupaa koskevaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päätökseen voidaan hakea muutosta siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

61 §

Vastuu potilaan hoidosta

Terveystieteiden toimintayksikössä an-

nettavaa sairaanhoitoa ja sairauksien ennaltaehkäisyä johtaa ja valvoo kyseisen toimintayksikön vastaava lääkäri.

Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu lääkäri tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

62 §

Muun kunnan korvaus terveydenhuollon palveluista

Jos terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana potilas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai yhteistoiminta-alueen, terveystieteiden tai sairaanhoitopiirin ylläpitävän kunnan asukas, on sen toimintayksikön, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoito.

Korvauksen on perustuttava tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai laskuttaa jäsenkuntiansa. Korvauksesta vähennetään hoidosta suoritettu asiakasmaksu ja muut toimintatulot.

7 luku

Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

63 §

Valtion koulutuskorvaus yliopistolliselle sairaalalle

Sairaanhoitopiirille, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannukset, jotka aiheutuvat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Korvaus perustuu erikoistumiskoulutuksen osalta tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta sosiaali- ja terveysministeriön määräämistä erikois-

lääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnoista. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

Kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen määrän. Opetusministeriö ilmoittaa lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle.

64 §

Valtion koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle

Silloin kun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä korvaa kustannukset asianomaiselle julkiselle palvelun tuottajalle tai muulle valtioneuvoston asetuksessa määrätylle palvelujen tuottajalle.

Silloin kun yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnalle, kuntayhtymälle, yhteistoiminta-alueelle, valtion mielisairaalalle tai muulle valtioneuvoston asetuksessa määrätylle palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu toteutuneisiin koulutuskuukausiin.

Sairaanhoitopiiriä, terveyspiiriä tai terveyskeskusta ylläpitävälle kuntayhtymälle, kunnalle tai yhteistoiminta-alueelle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:ssä tarkoitetusta palvelusta, lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen (1435/1993) 4 §:ssä tarkoitetusta koulutuksesta ja siihen rinnastettavasta koulutuk-

sesta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 6 §:ssä tarkoitetusta laillistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja siihen rinnastettavasta palvelusta johdettuihin kustannuksiin. Korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 14 §:ssä tarkoitetusta palvelusta siltä osin kuin se ylittää kuusi kuukautta, jollei terveydenhuollon oikeusturvakeskus edellytä tätä pidempää palvelua.

Tässä pykälässä tarkoitettua korvausta voidaan maksaa myös Ahvenanmaan maakunnassa sijaitsevalle terveydenhuollon julkiselle palvelujen tuottajalle.

65 §

Yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitus

Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimuskeskuksille sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama valtakunnallinen terveystieteellisen tutkimuksen lautakunta. Lautakunta tekee sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen tutkimusrahoituksen jakamiseksi erityisvastuualueille, tekee sopimukset erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa neljäksi vuodeksi kerrallaan, laatii tutkimusrahoituksella tehtävälle tutkimustoiminnalle strategian ja tavoitteet, seuraa ja arvioi tutkimustyötä ja tutkimusrahoituksen käyttöä sekä tekee ehdotuksia tutkimusrahoitusjärjestelmän kehittämiseksi.

Erityisvastuualueella on tutkimuskeskus, jonka yhteydessä on tutkimustoimikunta. Eri-tyisvastuualueen tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen jakamisesta valtakunnallisen terveystieteellisen tutkimuksen lautakunnan asettamien strategioiden ja tavoitteiden perusteella. Rahoitusta tutkimushankkeille voidaan myöntää hakemuksen perusteella terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle, kuntayhtymälle, yhteis-

toiminta-alueelle, valtion mielisairaalalle tai asetuksessa säädetyille muulle terveydenhuollon toimintayksikölle. Tutkimustoimikunnan tulee laatia alueellinen tutkimusstrategia ja tutkimustoiminnan suunnitelma sekä tehdä vuosittain selvitys tutkimuskeskuksen tutkimustoiminnasta ja tutkimusrahan käytöstä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Tutkimuksen teettäjä vastaa itse tutkimustoiminnan edellytysten ylläpidon ja kehittämisen kustannuksista ja valtion tutkimusrahoitus kattaa vain tutkimuksen teettämisestä aiheutuneet välittömät kustannukset.

66 §

Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen

Lääninhallitus maksaa valtion koulutuskorvauksen, Ahvenanmaan osalta koulutuskorvauksen maksaa Länsi-Suomen lääninhallitus. Tutkintojen määrään perustuva koulutuskorvaus maksetaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle ilman eri hakemusta. Toteutuneisiin koulutuskuukausiin perustuva korvaus maksetaan puolivuositain hakemusten perusteella.

Lääninhallitus maksaa tutkimusrahoituksen erityisvastuualueen tutkimustoimikunnalle, joka maksaa rahoituksen edelleen hankkeiden toteuttajille.

Muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin, mitä kuntien valtionosuuslain (1147/1996) 5 ja 6 luvussa säädetään.

67 §

Asetuksenantovaltuus

Valtioneuvoston asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista.

Valtakunnallisen terveystieteellisen lautakunnan tehtävistä ja kokoonpanosta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien tehtävistä ja kokoonpanosta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta, tieteellisten julkaisujen painoarvoista ja yksikköhinnoista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja sen käytöstä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

8 luku ²

Ohjaus ja valvonta

68 §

Ohjaus ja valvonta

Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yleinen kehittäminen, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle.

Läänin alueella terveydenhuollon ohjaus ja valvonta kuuluu lääninhallitukselle. Jos terveydenhuoltoa yhteistoiminnassa järjestävät kunnat sijaitsevat kahden tai useamman läänin alueella, lääninhallitusten tulee toimia keskenään yhteistyössä.

² LH:n sosiaali- ja terveysosastojen ja TEO:n yhteistyö 2009. Pysyvämmästä hallintomallista päätetään osana Aluehallinnon uudistus 2010-hanketta (ALKU-hanke) ks. väliraportti VM 19/2008. TEO:n ja LH:sten rooleja selkeytettävä sen jälkeen, kun uudistuksen sisällöstä on päätetty. Stakes ja KTL yhdistetään uudeksi asiantuntijalaitokseksi 1.1.2009 ja samoin TEO ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus yhdistyvät. Säteilyturvakeskus ja Työterveyslaitos pysyvät ennallaan. Sosiaali- ja terveysministeriössä on erillinen työryhmä, jonka toimeksiantoon kuuluu uusien asiantuntijalaitosten hallinto ja tehtävät. Terveystieteellisen tutkimuskeskuksen tehtävien jatkovalmistelussa ne muutokset, mitä hallintomalliuudistus edellyttää.

Terveysturvahuollon oikeusturvakeskus ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena lääninhallitusten toimintaa terveysturvahuollon toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi. Lisäksi Terveysturvahuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo terveysturvahuoltoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat:

- 1) periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat;
- 2) useaa läänin tai koko maata koskevat asiat;
- 3) asiat, jotka liittyvät Terveysturvahuollon oikeusturvakeskuksessa käsiteltävään terveysturvahuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan; sekä
- 4) asiat, joita lääninhallitus on esteellinen käsittelemään.

Terveysturvahuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten tarkemmasta työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella.

69 §

Asiantuntijalaitokset

Kansanterveysystyön ja erikoissairaanhoidon asiantuntijalaitoksina toimivat Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta säädetään sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta annetussa laissa (1073/1992) ja Kansanterveyslaitoksesta säädetään kansanterveyslaitoksesta annetussa laissa (828/1981). Säteilyturvakeskuksesta säädetään säteilyturvakeskuksesta annetussa laissa (1069/1983) ja Työterveyslaitoksesta työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978).

70 §

Terveysturvahuollon neuvottelukunta

Valtioneuvosto asettaa terveysturvahuollon laaja-alaista kehittämistä varten sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen terveysturvahuol-

lon neuvottelukunnan. Neuvottelukunnan tulee edistää kansanterveyttä, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Neuvottelukunta tekee ehdotuksen erityisvastuualueiden valtakunnallisista tehtävistä ja työnjaosta.

Neuvottelukunta voi asettaa jaostoja. Neuvottelukunnan kokoonpanosta, asettamisesta, jaostoista ja tehtävistä säädetään valtioneuvoston asetuksella.

71 §

Tarkastusoikeus

Terveysturvahuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus voivat tarkastaa kunnan, yhteistoiminta-alueen ja kuntayhtymän tässä laissa tarkoitetun toiminnan sekä toiminnan järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Terveysturvahuollon oikeusturvakeskus voi lisäksi perustellusta syystä määrätä lääninhallituksen tekemään tarkastuksen. Tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta.

Tarkastaja on päästettävä kaikkiin toimipaikan tiloihin. Tarkastuksessa on salassapitosäätöjen estämättä esitettävä kaikki tarkastajan pyytämät asiakirjat, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Lisäksi tarkastajalle on salassapitosäätöjen estämättä annettava maksutta hänen pyytämänsä jäljennökset tarkastuksen toimittamiseksi tarpeellisista asiakirjoista. Tarkastajalla on myös oikeus ottaa valokuvia tarkastuksen aikana. Tarkastajan apuna voi olla tarkastuksen toteuttamiseksi tarpeellisia asiantuntijoita.

Poliisin on tarvittaessa annettava Terveysturvahuollon oikeusturvakeskukselle ja lääninhallitukselle virka-apua tarkastuksen suorittamiseksi.

Tarkastuksesta on pidettävä pöytäkirjaa.

Tarkastuksessa erityisesti huomioon otettavista asioista ja tarkastusmenettelyn tarkemmasta sisällöstä sekä tarkastuksessa pidettävästä pöytäkirjasta ja sen säilyttämisestä ja säilyttämisajasta voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella.

72 §

Määräykset ja pakkokeinot

Jos kansanterveystyön tai erikoissairanhoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin tämän lain vastaista, Terveystenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Määräystä annettaessa on asetettava määräaika, jonka kuluessa tarpeelliset toimenpiteet on suoritettava. Jos potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi.

Terveystenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus voi velvoittaa kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän noudattamaan 1 momentissa tarkoitettua määräystä sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Terveystenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallituksen päätöstä toiminnan keskeyttämisestä taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käytön kieltämisestä on noudatettava muutoksenhausta huolimatta, jollei muutoksenhakuviranomainen toisin määrää.

Mitä tässä pykälässä säädetään, ei koske lääkelaissa (395/1987) eikä terveystenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetussa laissa (1505/1994) tarkoitettua toimintaa, joiden mukaisesta valvonnasta vastaa Lääkelaitos. Jos Terveystenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus on valvonnassaan havainnut lääkehuoltoa taikka terveystenhuollon laitteita tai tarvikkeita koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkelaitokselle.

73 §

Huomautus

Jos kansanterveystyön tai erikoissairanhoidon ohjauksen ja valvonnan yhteydessä todetaan, että kunta, yhteistoiminta-alue tai kuntayhtymä on tämän lain mukaista toimintaa järjestäessään tai toteuttaessaan menetel-

lyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä, voi Terveystenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus antaa kunnalle, yhteistoiminta-alueelle tai kuntayhtymälle tai virheellisestä toiminnasta vastuussa olevalle virkamiehelle huomautuksen vastaisen varalle.

Terveystenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus voivat, jos asia ei anna aiheutta huomautukseen tai muihin toimenpiteisiin, kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Tässä pykälässä tarkoitettuun Terveystenhuollon oikeusturvakeskuksen tai lääninhallituksen antamaan huomautukseen ja huomion kiinnittämiseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

74 §

Kanteluasian vanhentuminen

Edellä 68 §:ssä tarkoitettu valvontaviranomainen ei tutki kansanterveystyötä tai erikoissairaanhoitoa koskevaa kantelua, joka koskee yli viisi vuotta vanhaa asiaa, ellei kantelun tutkimiseen ole erityistä syytä.

75 §

Muutoksenhaku

Muutosta 25 §:ssä tarkoitettun toimielimen päätökseen haetaan valittamalla hallinto-oikeuteen 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta.

Mitä 1 momentissa on säädetty, ei sovelleta, milloin laissa tai asetuksessa on muutoksenhausta säädetty toisin tai kielletty muutoksenhaku, ei myöskään milloin päätös kuntalain xx §:n mukaan voidaan alistaa kunnan tai liittohallituksen tutkittavaksi.

Edellä 25 §:ssä tarkoitettun toimielimen päätös saadaan panna täytäntöön, ennen kuin se on saanut lainvoiman, siten kuin kuntalain 98 §:ssä säädetään. Sanotun säännöksen estämättä voidaan päätös muutoksenhausta huolimatta panna täytäntöön, jos se on laadultaan sellainen, että se on viivytyksettä täytäntöönpantava, tai jos päätöksen voimaantulemista ei voida terveystenhoidollisista syistä

siirtää tuonnetuksi ja toimielin on määrännyt päätöksen heti täytäntöönpantavaksi.

76 §

Tietojen antaminen toiselle viranomaiselle

Kunta, yhteistoiminta-alue, terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri on velvollinen antamaan valtion ja kunnan asianomaisille viranomaisille tämän lain mukaisesta toiminnastaan kyseisten viranomaisten tehtävien asianmukaiseksi hoitamiseksi tarpeelliseksi katsottavia tietoja ja selvityksiä.

9 luku

Erinäisiä säännöksiä

77 §

Tasausjärjestelmä

Sairaanhoitopiiriin tai terveyspiiriin jäsenkunnalle aiheutuneiden potilaskohtaisten poikkeuksellisen suurten kustannusten tasauksesta tulee sopia terveyspiiri- ja sairaanhoitopiirikohteisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö antaa asetuksella tarkemmat säännökset tasausrajasta ja tasauksen kattavuudesta.

78 §³

Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet

Lastensuojelulain (417/2007) 16 §:n 2 momentin mukaisen kunnan (*sijoituskunta*), jossa lapsi tai nuori on avohuollon tukitoimena tai sijaishuoltoon sijoitettuna taikka jälkihuollossa, tai vastaavasti sen yhteisoi-

minta-alueen, terveyspiiriin tai sairaanhoitopiiriin, johon kunta tämän lain 4 §:n 3 tai 4 momentin perusteella kuuluu, on järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa kansanterveystyöhön tai erikoissairaanhoidon kuuluvat palvelut. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä lastensuojelulain 16 §:n 1 momentin tai 17 §:n mukaan vastuussa olevan kunnan (*sijoittajakunta*) kanssa.

Milloin sijoituskunta, yhteistoiminta-alue, terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri on järjestänyt 1 momentissa tarkoitettuja palveluja, on sijoittajakunnan suoritettava sijoituskunnalle, terveyspiirille tai sairaanhoitopiirille aiheutuneita kustannuksia vastaava korvaus. Korvauksen määrää laskettaessa noudatetaan, mitä lain xx §:ssä säädetään.

79 §

Puolustusvoimien terveydenhuolto

Kunta, yhteistoiminta-alue, terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri voivat sopia puolustusvoimien kanssa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen antamisesta henkilöille, jotka ovat terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) 3 §:n 1 momentin perusteella puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla. Sopimuksen mukaiset tutkimukset ja hoito, kiireellistä avosairaanhoitoa lukuun ottamatta, voidaan antaa eri perustein ja nopeammin kuin tämän lain mukaiset palvelut annetaan kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaille. Sopimuksen tekeminen ja sopimukseen perustuvien palvelujen antaminen eivät saa vaarantaa kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoitamista.

³ 78 § pykälä tarkoitettu asiallisesti vastaamaan nykysääntelyä. Säännöstä, erityisesti sen 2 momentti, tarkennetaan jatkotyökentelyssä.

80 §

Puolustusvoimien korvaus

Puolustusvoimien tulee suorittaa kunnalle, yhteistoiminta-alueelle tai terveyspiirille korvaus kutsunanalaisille perusterveydenhuollossa suoritetuista tarkastuksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkärin osallistumisesta kutsuntatilaisuuteen. Korvaus on 50 prosenttia puolustusvoimien ja kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin tekemän sopimuksen mukaisista kustannuksesta. Jos kustannuksista ei ole sovittu, on korvaus 50 prosenttia palvelun tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista.

81 §

Laitoshoidon määrittely

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa määräykset laitoshoidon määrittelystä ja siihen liittyvästä kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu- ja lausuntomenettelystä.

82 §

Lääkehoito

Laitoshoidon aikana potilaalle annettavat lääkkeet kuuluvat hoitoa antavan yksikön vastuulle. Terveyskeskuksen, sairaalan tai muun toimintayksikön avovastaanotolla annettavat lääkkeet kuuluvat toimintayksikön vastuulle silloin kun lääkkeen antaa lääkäri tai hammaslääkäri taikka lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä siitä, milloin lääkkeen antaminen tapahtuu lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa.

83 §

Tartuntataudit

Tartuntatautien vastustamistyön järjestämisessä on lisäksi noudatettava, mitä siitä on erikseen säädetty tartuntatautilaissa

(583/1986).

84 §

Asiakasmaksut

Tämän lain mukaisista palveluista voidaan periä maksuja siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/92) säädetään.

85 §

Viivästyskorko

Jos tässä laissa tarkoitettua korvausta ei ole suoritettu eräpäivänä, saadaan vuotuista viivästyskorkoa periä eräpäivästä lukien enintään korkolain 4 §:n 3 momentissa tarkoitetun korkokannan mukaan.

Viivästyskoron maksamisen perusteena oleva eräpäivä voi olla aikaisintaan kahden viikon kuluttua maksun määräytymisen perusteena olevan hoidon saamisesta.

86 §

Voimaantulo ja siirtymäsäännökset

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2010 kuitenkin siten, että 11 – 12 §:n mukainen kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus tulee laatia ensimmäisen kerran viimeistään 30 päivänä kesäkuuta 2012 ja toiminta on järjestettävä lain 5 – 9 §:n ja 53 §:n mukaisesti viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2013. Lain 67 § tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2013.

Kunnan tulee 31 päivänä joulukuuta 2010 mennessä ilmoittaa sosiaali- ja terveysministeriölle, minkä kuntien kanssa se on muodostanut yhteistoiminta-alueen sekä minkä sairaanhoitopiiriin tai terveyspiiriin jäsen kunta on viimeistään 2013 lukien. Tämän jälkeen valtioneuvosto päättää sairaanhoitopiirien ja terveyspiirien alueet sekä mitkä kunnat kuuluvat mihinkin piiriin.

Tutkimusrahoituksen jakamiseen sovelletaan 1 päivänä tammikuuta 2010 ja 31 päivänä joulukuuta 2012 välisenä aikana erikoissairaanhoitolain 47 – 47 b §:n säännöksiä.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan

ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

87 §

Kumottavat säännökset

Tällä lailla kumotaan kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki

(1062/1989) niihin myöhemmin tehtyine muutoksineen, lukuun ottamatta kansanterveyslain 2 luvun hallintoa koskevia säännöksiä ja erikoissairaanhoitolain 5 luvun sairaanhoitopiirin hallintoa koskevia säännöksiä sekä erikoissairaanhoitolain 47 – 47 b §:n säännöksiä tutkimusrahoituksen jakamisesta. Viimeksi mainitut kumoutuvat 1 päivänä 2013 tämän lain tullessa kokonaisuudessaan voimaan.

- 2008:
- 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
 - 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
 - 3 Terveystenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
 - 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
 - 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
 - 6 Sosiaalialan kehittämishanke 2003-2007. Loppuraportti. Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
 - 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
 - 8 Slutrapport. Tillsynsprojekt för arbetarskyddet inom hälsovården.
ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)
 - 9 Työurat pitenevät. Veto-ohjelman indikaattorit II.
ISBN 978-952-00-2541-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2542-7 (PDF)
 - 10 Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Kaija-Liisa Seppä (toim.).
ISBN 978-952-00-2543-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)
 - 11 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2008. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2545-8 (PDF)
 - 12 Perhekeskustoiminnan kehittäminen. Perhe-hankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2546-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2547-2 (PDF)

- 13 Pysytään työssä. Vaikeavammaisten henkilöiden työssä pysymisen tukeminen.
ISBN 978-952-00-2548-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2549-6 (PDF)
- 14 Kirsi Alila, Tuija Portell. Leikkitoiminnasta avoimeen varhaiskasvatukseen. Avointen varhaiskasvatuspalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2552-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2553-3 (PDF)
- 15 Heikki Hiilamo. Promoting Children's Welfare in the Nordic Countries.
ISBN 978-952-00-2554-0 (pb)
ISBN 978-952-00-2555-7 (PDF)
- 16 Kaarin Ruuhilehto, Jari Knuuttila. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2560-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2561-8 (PDF)
- 17 Sosiaaliasiainministeriön toiminnan kehittäminen. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2562-5 (PDF)
- 18 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimustoiminnan tehostaminen. Työryhmän loppuraportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2563-2 (PDF)
- 19 Yksityisen sektorin työeläkkeiden rahoituksesta ja sen riskien hallinnasta.
ISBN 978-952-00-2596-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2597-7 (PDF)
- 20 Lapsella on oikeus osallistua. Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2008.
ISBN 978-952-00-2598-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2599-1 (PDF)
- 21 Tapio Kuure, Tom Tarvainen, Antti Peltö-Huikko, Maija Säkijärvi. "Kaikki kymmenen tikkua laudalla!" Onnistuvat opit -juurruttamishankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2607-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2608-0 (PDF)
- 22 Miia Eloranta. Perhevapaakampanja 2007-2008. Loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2611-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2612-7 (PDF)
- 23 Pirjo Pulkkinen-Närhi, Hanna Hakulinen, Päivi Jalonen, Pirjo Manninen. Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän kehittäminen. Erilaisten organisointi- ja toimintamallien arviointia (Seutu-hanke). (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2617-2 (PDF)
- 24 Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa
ISBN 978-952-00-2618-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2619-6 (PDF)
- 25 Työpaikan palkkakartoitus. Tietoa ja kokemuksia. Johanna Matinmikko, Inkeri Tanhua (toim.). (Moniste)
ISBN 978-952-00-2620-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2621-9 (PDF)
- 26 Segregaatio ja sukupuolten väliset palkkaerot –hankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2622-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2623-3 (PDF)

27 Longer careers? 'Veto' programme indicator.

ISBN 978-952-00-2624-0 (pb)

ISBN 978-952-00-2625-7 (PDF)

28 Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistämistä valmisteleva työryhmä (Moniste)

ISBN 978-952-00-2628-8 (nid.)

ISBN 978-952-00-2629-5 (PDF)